

Az öngyilkosság gyógyszeres megelőzése

A pszichiátria és a pszichofarmakonok szerepe a hazai öngyilkosságok jelentős csökkenésében

Prof. Dr. Rihmer Zoltán

**Semmelweis Egyetem és
Országos Pszichiátriai és
Addiktológiai Intézet,
Budapest**



2016



2014



- A WHO adatai szerint, a világon évente kb. 800.000 ember hal meg öngyilkosság miatt. Kb. kétharmaduk depresszióban szenved.

- Férfi : Nő arány : 3-4 : 1

- Európában évente 150.000 ember lesz öngyilkos (120.000 férfi és 30.000 nő)

(Az EU-ban évente kb. 68.00 fő)

- Magyarországon évente 1870 öngyilkosság történik (2015)
(19/100.000 fő/év)
Méhnyakrák halálozás: 400/év

Egy öngyilkosságra kb. 15-20 kísérlet esik, kísérletben nő:férfi arány 3-4:1

Az öngyilkosok kétharmada (többnyire nem kezelt) depresszióban szenved a halála idején

Suicide rates in Europe

Higher - N

Szuicid ráták az EU-ban, 100.000 fő/év (2010)

Karta1. Självmordstal* i Europa, senast tillgängliga data.

Avser befolkningen över 15 år.

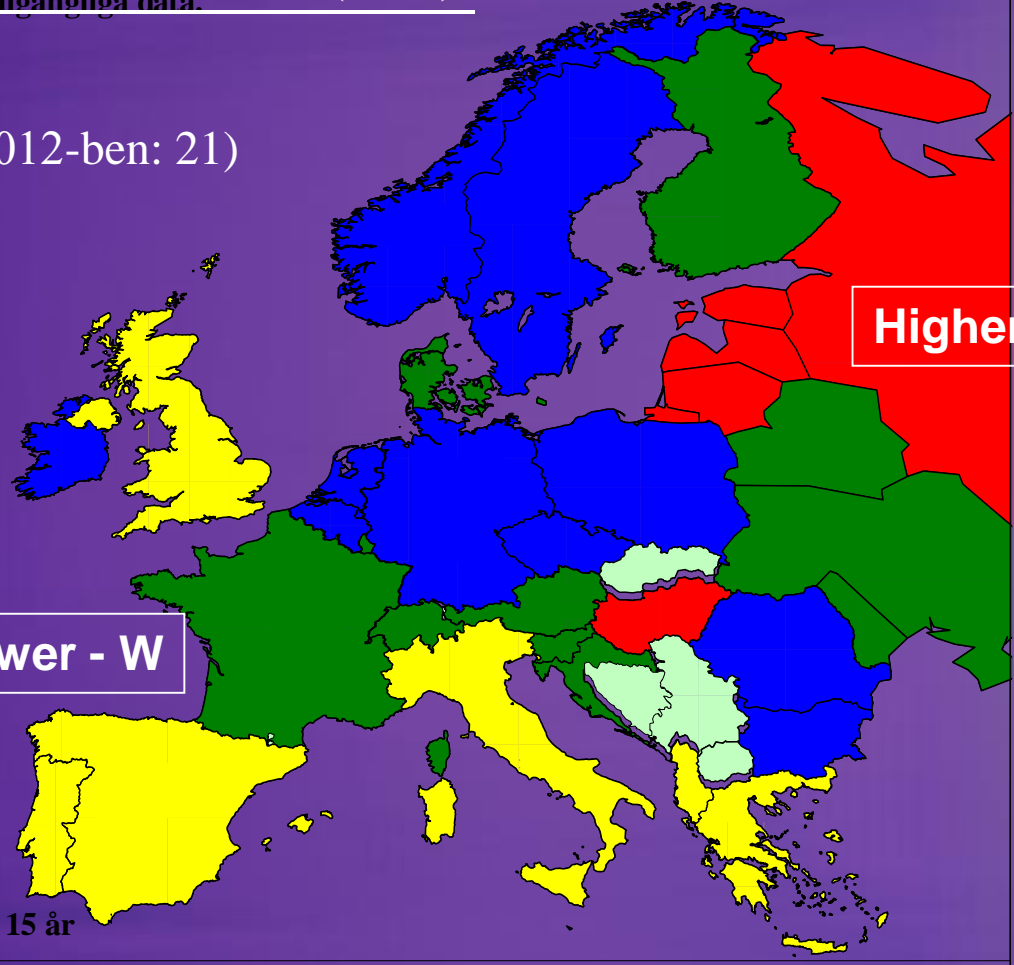
Litvânia	33
Magyarország	26 (2012-ben: 21)
Lettország	21
Szlovénia	20
Belgium	19
UK	7
Olaszország	23,0 (Tjeckien)
Görögország	3

- Mycket höga självmordstal
40,1 (Ungern) -58,0 (Litauen)
- Höga självmordstal:
25,0(Moldaviën) -35,8 (Vitryssland)
- Medelhöga självmordstal:
11,9 (Sverige) -23,0 (Tjeckien)
- Låga självmordstal:
3,4 (Albanien) -9,9 (Portugal)
- Uppgift saknas

Lower - W

Higher - E

Lower - S



* Antal självmord per 100 000 invånare över 15 år

Az öngyilkosság rendkívül összetett jelenség

- **Orvosi-pszichiátriai** (depresszió, alk/drog betegség, szkizofrénia, stb.)
- **Személyiségbeli** (impulzivitás, agresszív vonások, depr. temperamentum, stb.)
- **Pszicho-szociális** (negatív élet-események, akut vagy tartós stresszorok, stb.)
- **Demográfiai** (nem, életkor, stb.)
- **Kulturális** (vallás, táplálkozás, tradíciók, stb.)

Az öngyilkos magatartás sohasem vezethető vissza egyetlen okra.
A klinikai gyakorlat: a szuicidális beteget csak és kizárólag pszichiáterhez irányítják (és nem a munkaügyi hivatalba, nem a templomba...)

Az öngyilkosság nem szociális, morális, etikai kérdés....

Ha az lenne, akkor a földön csak

- gazdag
- házas
- munkahellyel rendelkező
- becsületes
- magasan etikus

emberek élnének.....

Az öngyilkosságban meghaltak 90 százaléka aktuálisan pszichiátriai beteg

- Major depr. epizód 70% (56-87 %)
- Alkohol/drog betegség 36% (26-55 %)
- Szkizofrénia 9% (6-13 %)

Komorbid

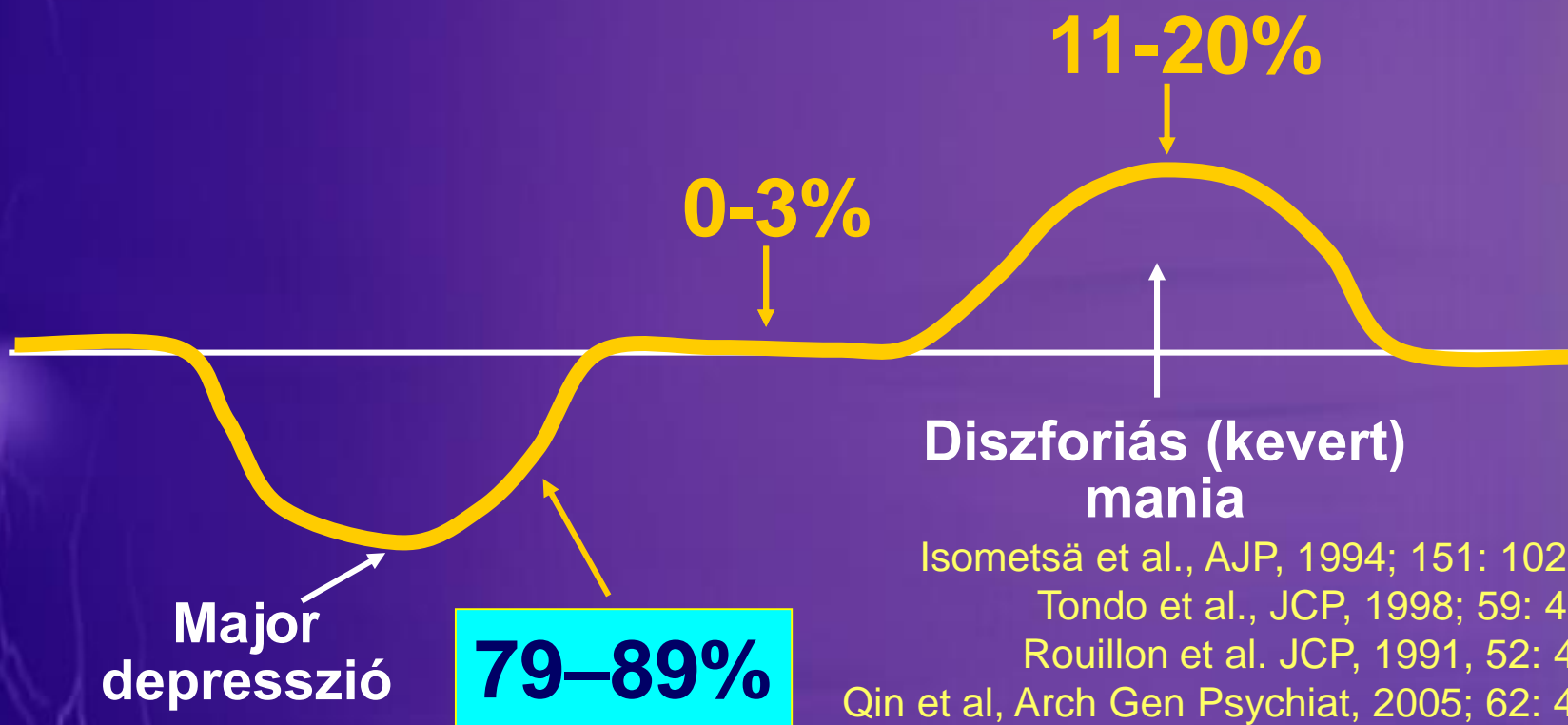
- Szorongásos bet. 7-30 %
- Személyiségzavar 10-58 %

Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007, 20: 17-22.

Hawton and van Heereingen, Lancet, 2009; 373: 1372-1381.

A depresszió megszűnésével megszűnik a szuicid készletés

Depressziós betegeknek a szuicid magatartás állapot-és súlyosság függő



Isometsä et al., AJP, 1994; 151: 1020-1024.

Tondo et al., JCP, 1998; 59: 405-414.

Rouillon et al. JCP, 1991, 52: 423-431.

Qin et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 427-432.

Baldassano, J Clin Psychiat, 2006; 67 (S-11): 8-11.

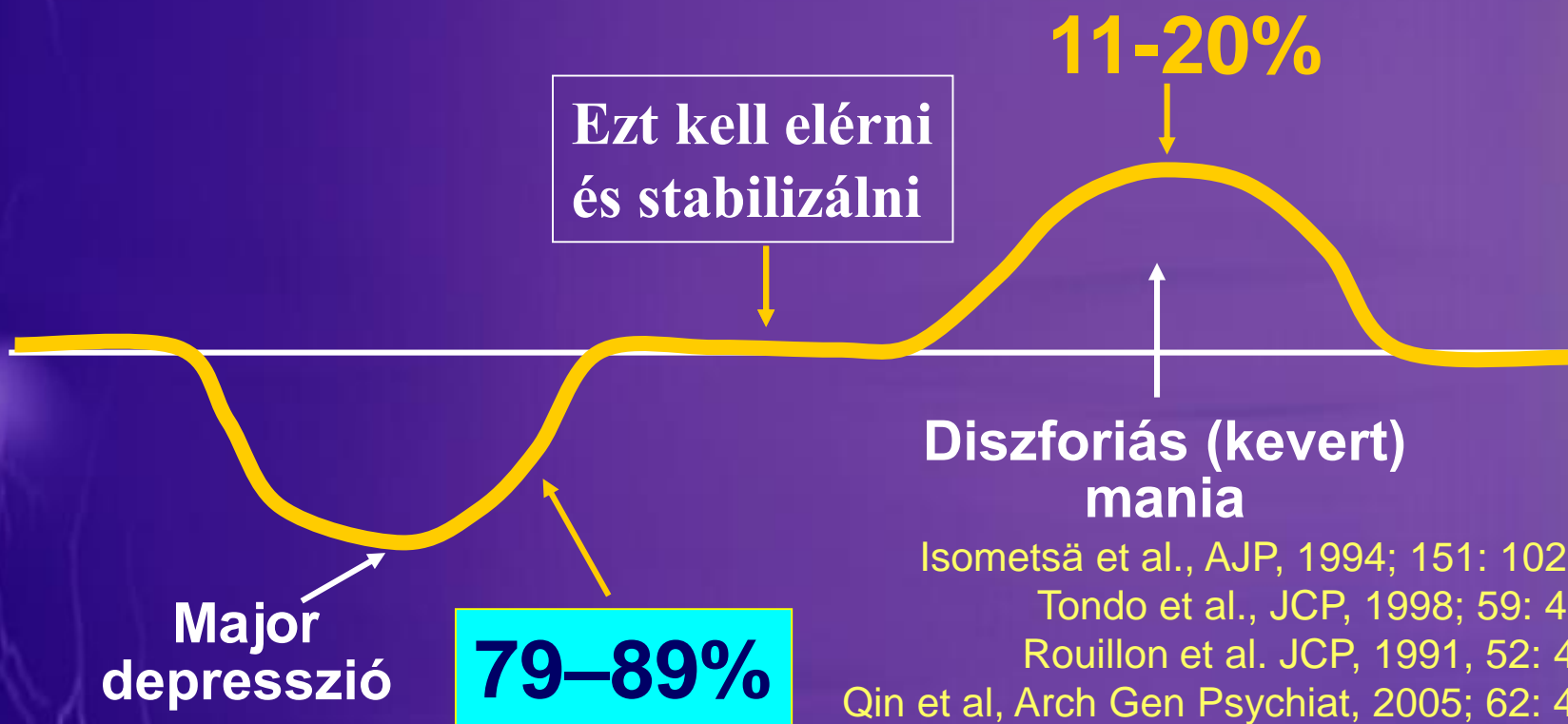
Valtonen et al, J Clin Psychiat, 2005; 66: 1456-1462.

Valtonen et al, J Affect Disord, 2007, 97: 101-107.

Pompili et al, Expert Rev Neurother, 2009, 9: 109-136.

A depresszió megszűnésével megszűnik a szuicid készletés

Depressziós betegeknek a szuicid magatartás állapot-és súlyosság függő



Isometsä et al., AJP, 1994; 151: 1020-1024.

Tondo et al., JCP, 1998; 59: 405-414.

Rouillon et al. JCP, 1991, 52: 423-431.

Qin et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 427-432.

Baldassano, J Clin Psychiat, 2006; 67 (S-11): 8-11.

Valtonen et al, J Clin Psychiat, 2005; 66: 1456-1462.

Valtonen et al, J Affect Disord, 2007, 97: 101-107.

Pompili et al, Expert Rev Neurother, 2009, 9: 109-136.



Edgar Degas (1834-1917). *Melancholy*, late 1860s, French. Oil on canvas. Courtesy of The Phillips Collection, Washington, DC.

Öngyilkossági kísérletek előfordulása Magyarország felnőtt lakosságában (élettartam prevalencia, 18-64 év)

- Öngyilk. kísérlet: 3,2% (Nők: 4,0%, Ffiak: 2,2%)

- DSM-III-R élettartam
diagnosis

OR (szuic. kísérl.)

Nincsen	1,0	(95% CI)
Major depresszió, első ep.	3,7	(1.4-9.1)
Major depresszió, rekurrens	11,0	(6.4-18.9)
Bipoláris bet. (I + II)	14,4	(6.8-30.2)

N= 2953,

Szádóczky et al, Eur Psychiat. 2000; 15: 343-347.

Az öngyilkossági kísérletek prevalenciája Magyarország felnőtt lakosságában

	1995 n=12.527	2002 n=12.653	change
• Prior SA	4.0%	2.9%	- 28 %
• Prior SA with medical care	3.8%	1.5%	- 61%

A hangulati betegségek gyakorisága a felnőtt lakosságban (%)

	<i>Élettartam</i>	<i>1 éves</i>	<i>1 hónapos</i>
<i>Nemzetközi adatok</i>			
• Major depresszió	4,6-15,7	3,4-5,2	1,5-5,2
• Bipoláris (mániás-depressziós) bet.	0,5-5,5	0,3-1,7	0,1-0,6
<i>Hazai adatok</i>			
• Major depresszió	15,1	7,1	2,6
• Bipoláris (mániás-depressziós) bet.	5,1	1,1	0,5

Szádóczky et al, J Affect Disord 1998, 50: 153-162.
Rihmer és Angst, Compr Textbook of Psychiatry, 2009.

A major depressziós betegek kb. fele áll gyógyszeres kezelés alatt (2014).

Depresszió és öngyilkosság

- A (nem kezelt) major depressziós betegek 15-19%-a öngyilkosságban hal meg (rizikó: 25-30 x)
- A (nem kezelt) depressziós betegek kb. 40-50%-a legalább egy alkalommal öngyilkossági kísérletet követ el
- **DE a depressziós betegek (döntő) többsége sohasem lesz öngyilkos, így egyéb**
 - **klinikai** (súlyosság, agitáció, alvászavar, stb.)
 - **személyiségbeli** (impulzivitás, agresszivitás, ciklotím temeprementum, stb.)
 - **pszicho-szociális** (munkanélküliség, izoláció, súlyos negatív élet-események)
 - **demográfiai** (férfiak, idősek, stb.)tényezők is fontos szerepet játszanak

Mann et al, JAMA, 2005; 294: 2064-2074.

Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007; 20: 17-22.



Az öngyilkossági rizikó-faktorok hierarchiája

- **Pszichiátriai/orvosi (Elsődleges)**

Depresszió, alkohol/drog betegség, szkizofrénia, megelőző öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági szándék....

- **Pszicho-szociális (Másodlagos)**

Kora-gyermekkorai negatív élet-események, munkanélküliség, súlyos élet-helyzeti krízisek, akut pszichoszociális stresszorok, izoláció, veszteségek, szuggesztív hatás/mintakövetés.....

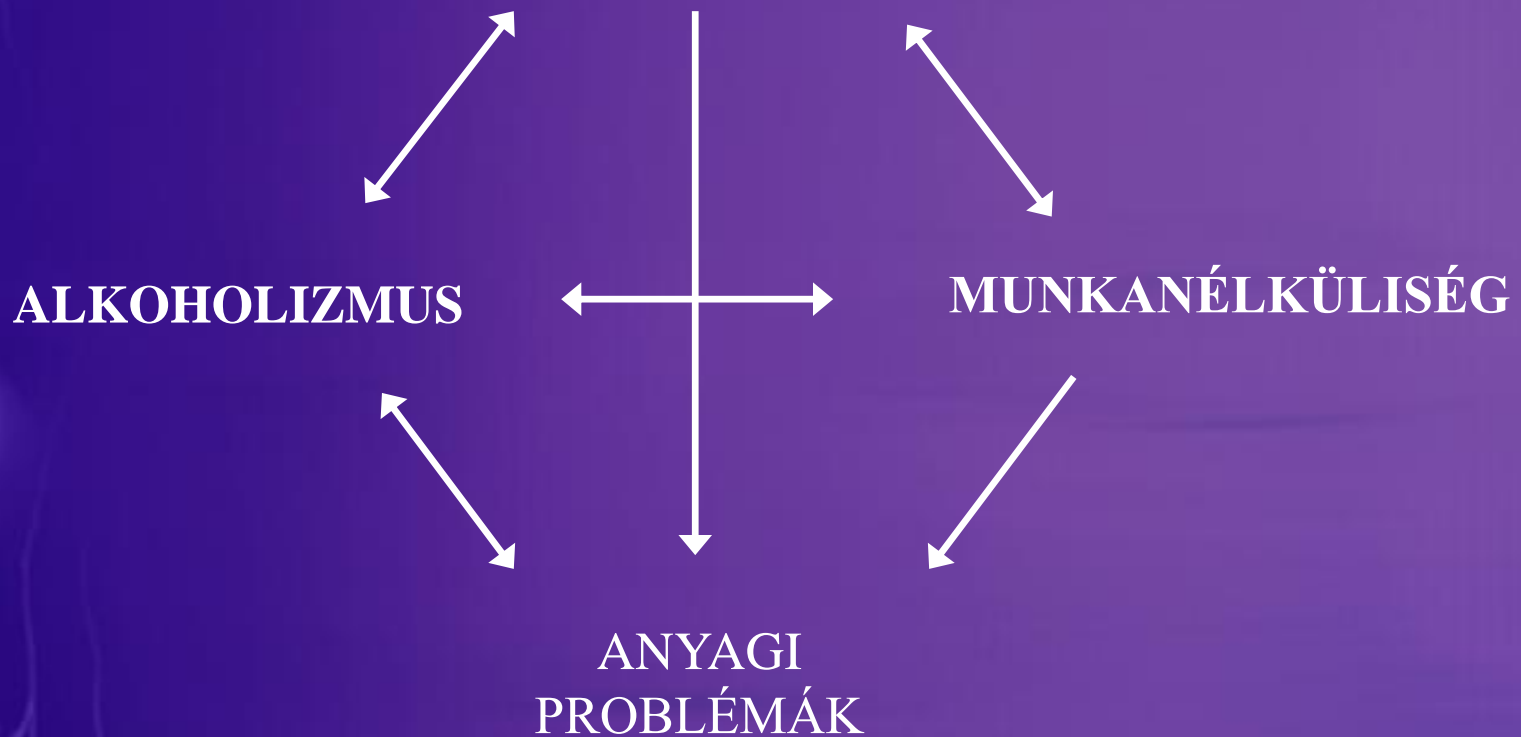
- **Demográfiai (Harmadlagos)**

Férfiak, idős emberek, öngyilkosok rokonai, orvosok.....

Az öngyilkossági rizikófaktorok interakciója

DEPRESSZIÓ

alkohol/drog betegség, schizophrenia



Szuicid protektív faktorok

- Jó családi/szociális/orvosi támogatás
- Nagy gyermekszám
- Terhesség, porszpartum időszak
- Tényleges (nem formális) vallásosság
- Letális módszerek hiánya/eliminálása (ha lehetséges)
- Rendszeres fizikai aktivitás, sportolás
- Hiperszomnia (major depresszióban)
- Hipertím temeprementum

Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007; 20: 17-22.

Rihmer et al, J Affect Disord, 2009; 116: 18-22.

Kleiman és Liu J Affect Disord, 2013; 150: 540-545.

Orvosi kontaktus az öngyilkosság előtt (%)

Háziorvos Pszichiáter

• 3 hónap	47-73	-----
• 4 hét	34-66	18-21
• 1 hét	18-40	9-11

- Orvosi vizitek: Nők > férfiak
- Közel felük kommunikálja szuicid szándékát (Cry for help)
- A depressziót gyakran nem ismerik fel, a kezelés elmarad

Pirkis and Burgess, Brit J Psychiat, 1998; 173: 462-474.
Andersen et al, Acta Psychiat Scand, 2000; 102: 126-134.
Rihmer és Rutz, Oxford Textbook of Suicide, 2009
Ahmedani et al, J Gen Intern Med, 2014; 29: 870-877.
Pompili et al, Psychol Med, 2016; 46: 2239-2253.

Antidepresszív farmakoterápia depressziós öngyilkosoknál

- A major depressziós öngyilkosok ill. kísérletezők **9 – 20 %-a** áll antidepresszív gyógyszeres (vagy ECT) kezelés alatt az esemény idején

Rihmer et al, *J Affect Disord*, 1990, 18: 221-225

Isometsa et al, *Amer J Psychiat*, 1994, 151: 530-536

Marzuk et al, *Amer J Psychiat*, 1995, 152,: 1520-1522

Oquendo et al, *Amer J Psychiat*, 1999, 156: 190-194

Isacsson, *Acta Psychiat Scand*, 2000, 102: 113-117

Henriksson et al, *Acta Psychiat Scand*, 2001, 103: 301-306

Dhossche et al, *Arch Intern Med*, 2001, 161: 991-994

Balázs et al, *J Affect Disord*, 2003, 76: 113-119.

Almási et al, *BMC Psychiatry*, 2009; 9: 45.

Az öngyilkosság megelőzése

- **Orvosi/pszichiátriai/pszichológiai kompetencia - eszközök**
 - Gyógyszeres (biológiai) kezelés
 - Pszichoterápia, krízis intervenció, S.O.S. telefon
 - Közösségi felvilágosítás (média), kapuőrök képzése
- **Társadalmi kompetencia - eszközök**
 - Szociális támogatás, munkalehetőség
 - Letális módszerek visszaszorítása
 - Alkohol és drog stratégia (dohányzás is)
 - Destigmatizáció, média szerepe
 - Egészségnevelés
 - Civil szerveződések

Krízis vonal: 116-123.

Suicide Prevention Strategies

A Systematic Review

(JAMA 2005)

J. John Mann, MD

Alan Apter, MD

Jose Bertolote, MD

Annette Beautrais, PhD

Dianne Carrier, PhD

Ann Haas, PhD

Ulrich Hegerl, MD

Jouko Lonnqvist, MD

Kevin Malone, MD

Andrej Marusic, MD, PhD

Lars Mehlum, MD

George Patton, MD

Michael Phillips, MD

Wolfgang Rutz, MD

Zoltan Rihmer, MD, PhD, DSc

Christina Salzman, MD, PhD

Context In 2002, an estimated 877 000 lives were lost worldwide through suicide. Some developed nations have implemented national suicide prevention plans. Although these plans generally propose multiple interventions, their effectiveness is rarely evaluated.

Objectives To examine evidence for the effectiveness of specific suicide-preventive interventions and to make recommendations for future prevention programs and research.

Data Sources and Study Selection Relevant publications were identified via electronic searches of MEDLINE, the Cochrane Library, and PsycINFO databases using multiple search terms related to suicide prevention. Studies, published between 1966 and June 2005, included those that evaluated preventative interventions in major domains; education and awareness for the general public and for professionals; screening tools for at-risk individuals; treatment of psychiatric disorders; restricting access to lethal means; and responsible media reporting of suicide.

Data Extraction Data were extracted on primary outcomes of interest: suicidal behavior (completion, attempt, ideation), intermediary or secondary outcomes (treatment seeking, identification of at-risk individuals, antidepressant prescription/use rates, referrals), or both. Experts from 15 countries reviewed all studies. Included articles were those that reported on completed and attempted suicide and suicidal ideation; or, where applicable, intermediate outcomes, including help-seeking behavior, identification of

Data Synthesis Education of physicians and restricting access to lethal means were found to prevent suicide. Other methods including public education, screening programs, and media education need more testing.

Daniel Wasserman, MD

Paul Yip, PhD

Herbert Hendin, MD

SUICIDE IS A SIGNIFICANT PUBLIC health issue. In 2002, an estimated 877 000 lives were lost worldwide through suicide, representing 1.5% of the global burden of

disability. Education of physicians and restricting access to lethal means were found to prevent suicide. Other methods including public education, screening programs, and media education need more testing.


Conclusions Physician education in depression recognition and treatment and restricting access to lethal methods reduce suicide rates. Other interventions need more evidence of efficacy. Ascertaining which components of suicide prevention programs are effective in reducing rates of suicide and suicide attempt is essential in order to optimize use of limited resources.

JAMA. 2005;294:2064-2074

www.jama.com

As suicidal behaviour is a complex phenomenon, its prevention should be also complex



Available online at
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com/en



Review

The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention

D. Wasserman^{a,*}, Z. Rihmer^b, D. Rujescu^c, M. Sarchiapone^d, M. Sokolowski^a, D. Titelman^a,
G. Zalsman^{e,f}, Z. Zemishlany^e, V. Carli^a

„Existing evidence supports pharmacological treatment and cognitive behavioural therapy (CBT).”

„... other psychological treatments are promising, but the supporting evidence is currently insufficient”.

A szakszerű farmakotrápia hatása az öngyilkos magatartásra depressziós betegeknél

Rizikócsökkenés:

- Öngyilkosság 82 % (60 - 95 %)
- Öngyilk. kísérlet 80 % (66 - 93 %)



Baldessarini et al, Bipol Disord, 2006; 8: 625-639.

Yerevanian et al, Acta Psychiat Scand, 2004; 110: 452-458.

Kessing et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 860-866.

Sondergard et al, Arch Suic Res, 2007; 11: 163-175.

Yerevanian et al, J Affect Disord, 2007; 103: 5, 13, 23.

Sondergard et al, Bipol Disord, 2008; 10: 87-94.

Rihmer, Eur Psychiat Rev. 2011; 4: 48-51.

Rihmer és Gonda, Neurosci Behav Rev, 2013; 37: 2398-2403.

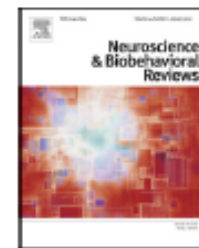
Tsai et al, J Affect Disord, 2016; 196: 71-77.



Contents lists available at ScienceDirect

Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev



Review

Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders

Zoltan Rihmer^{a,b}, Xenia Gonda^{a,*}

^a Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Kutvolgyt ut 4, 1125 Budapest, Hungary

^b Department of Psychiatry and Psychotherapy, Semmelweis University, Balassa utca 6., 1083 Budapest, Hungary

ARTICLE INFO

Article history:

Received 18 April 2012

Received in revised form 10 August 2012

Accepted 18 September 2012

Keywords:

Antidepressants
Unipolar major depression
Bipolar disorder
Suicide attempt
Completed suicide
Suicide prevention

ABSTRACT

Lithium Treatment and the Risk of Suicide in Affective Disorders

Zoltan Rihmer

Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry and Psychotherapy, and Scientific Director,
Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Semmelweis University

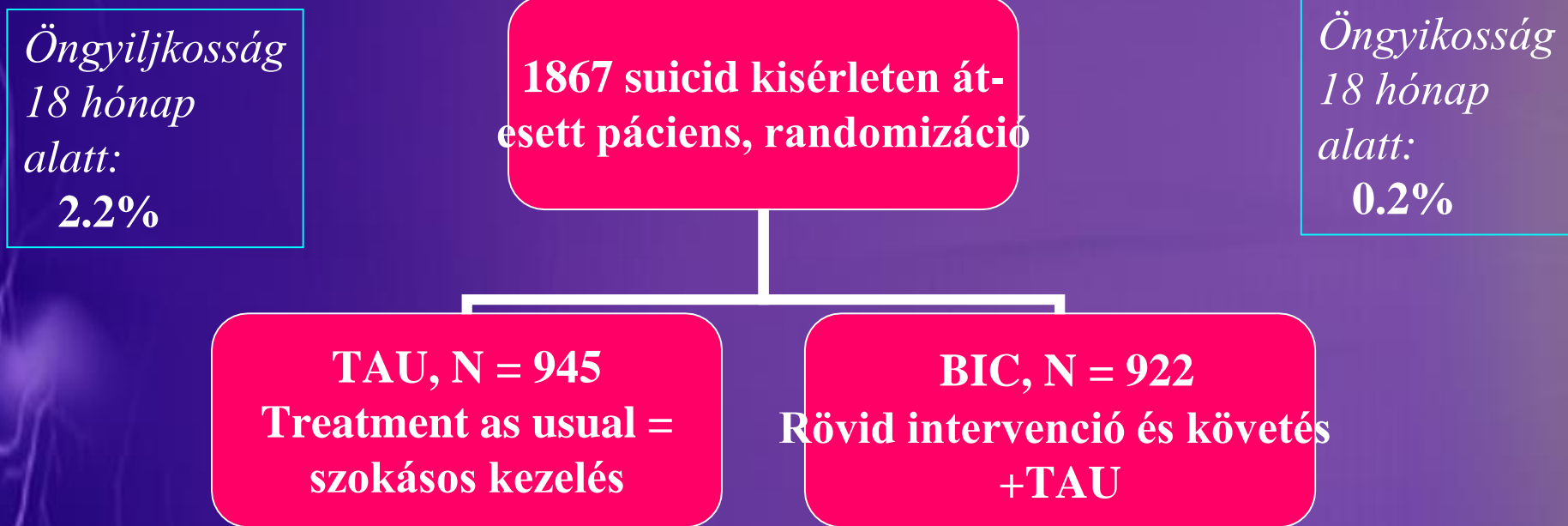
Abstract

Despite suicidal behaviour being a very complex, multicausal phenomenon, untreated major affective (bipolar and unipolar) disorders are the most powerful predictors for it. As suicidal behaviour in people with mood disorders is a state-dependent phenomenon, long-term management is fundamental for suicide prevention. Naturalistic, retrospective and prospective follow-up studies, as well as randomised

behavior
severity
treatment
pective
depress-
ity even
ect. The
antide-
unipolar
ressant
falsely
erapies
patients

WHO „Brief intervention” multicentrikus vizsgálat

- Öngyilkossági kísérletet elkövető páciensek, öt országban



- Rövid terápiás intervenció majd telefon/levelezőlap –kontaktus az 1,2,4,7,11. héten majd a 4, 6, 12, és 18. hónap végén

Fleischmann et al, Bull of WHO, 2008; 86: 703-709.

Mivel az öngyilkosság komplex jelentés, megelőzése is csak komplex lehet

Öngyilkosság megelőző stratégiák

Az egészségügy kompetenciája és felelőssége

A társadalmi/politikai vezetők kompetenciája és felelőssége

Beteg-centrikus megközelítés

Mentális betegségek (depresszió) kezelése, gondozása
Háziorvosi szolg. képzése

Közösség-centrikus megközelítés

S.O.S telefonszolg.
Lakossági felvilágosítás
Civil szervezetek szerepe

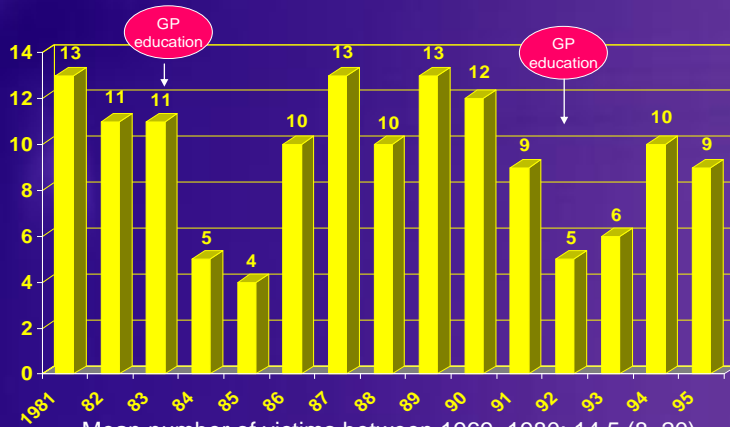
Letális módszerek csökkentése
Alkohol/drog stratégia
Munkanélk. csökkentése
Eü. ellátás támogatása
Iskolai programok

MÉDIA SZEREPE

- Felvilágosítás
- Szuicidiumok szakszerű közlése

The Gotland Study

Number of suicide victims on Gotland between 1981-1995



Mean number of victims between 1969–1980: 14.5 (8–20)

ADs: 1981= 5.8 → 1996 = 28.9 DDD/1000/year (5 x)

Rutz et al., IJCP, 1997; 1: 39–46

The Jamtland Study

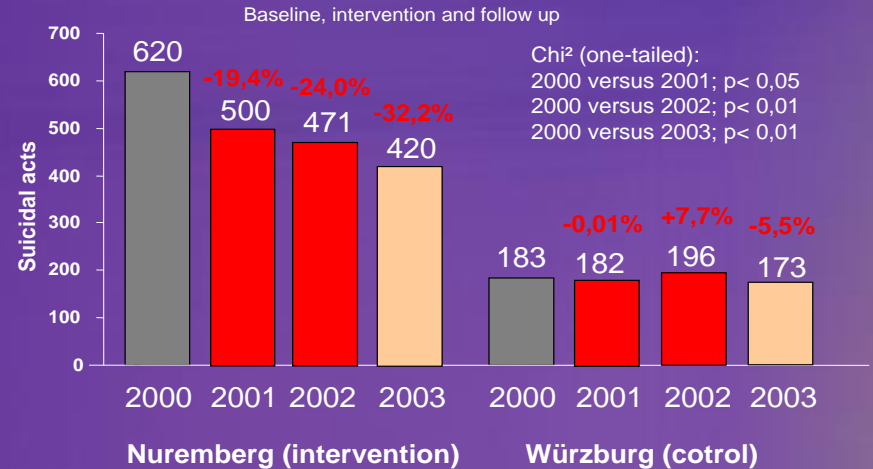
	Jamtland	Sweden
• Mean suicide rate'		
1970 - 1994	27.7	25.0
1995 - 2002	17.3	17.6
change	- 36%	- 30%
• Antidepressants''		
1995	21.6	27.5
2002	56.4	57.2
change	+ 161%	+108%

' per 100.000/year, '' DDD/1000 persons/day

Henriksson and Isacson, Acta Psychiat Scand, 2006, 114: 159-167.

The Nuremberg Study

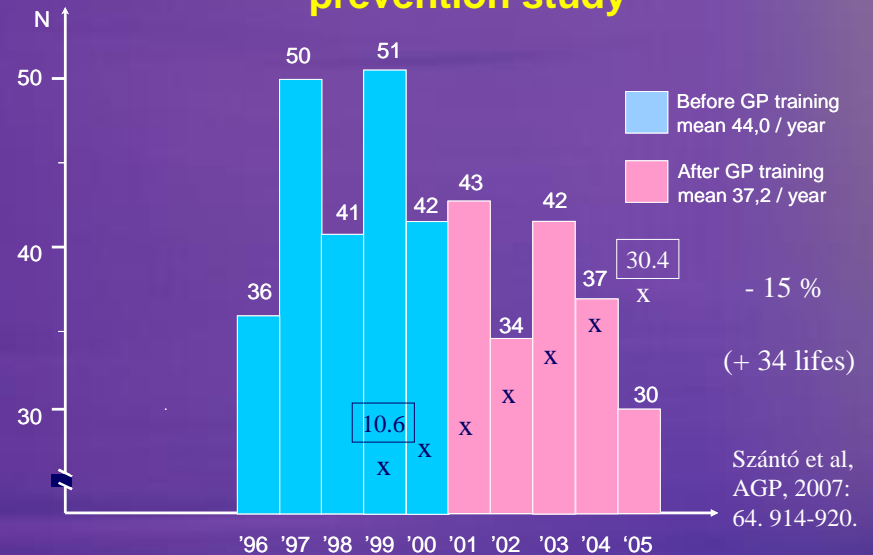
Suicidal acts, Nuremberg - Wuerzburg



Chi² (one-tailed):
 2000 versus 2001; p< 0,05
 2000 versus 2002; p< 0,01
 2000 versus 2003; p< 0,01

Hegerl et al, Psychol Med, 2006; 36: 1225-1234.

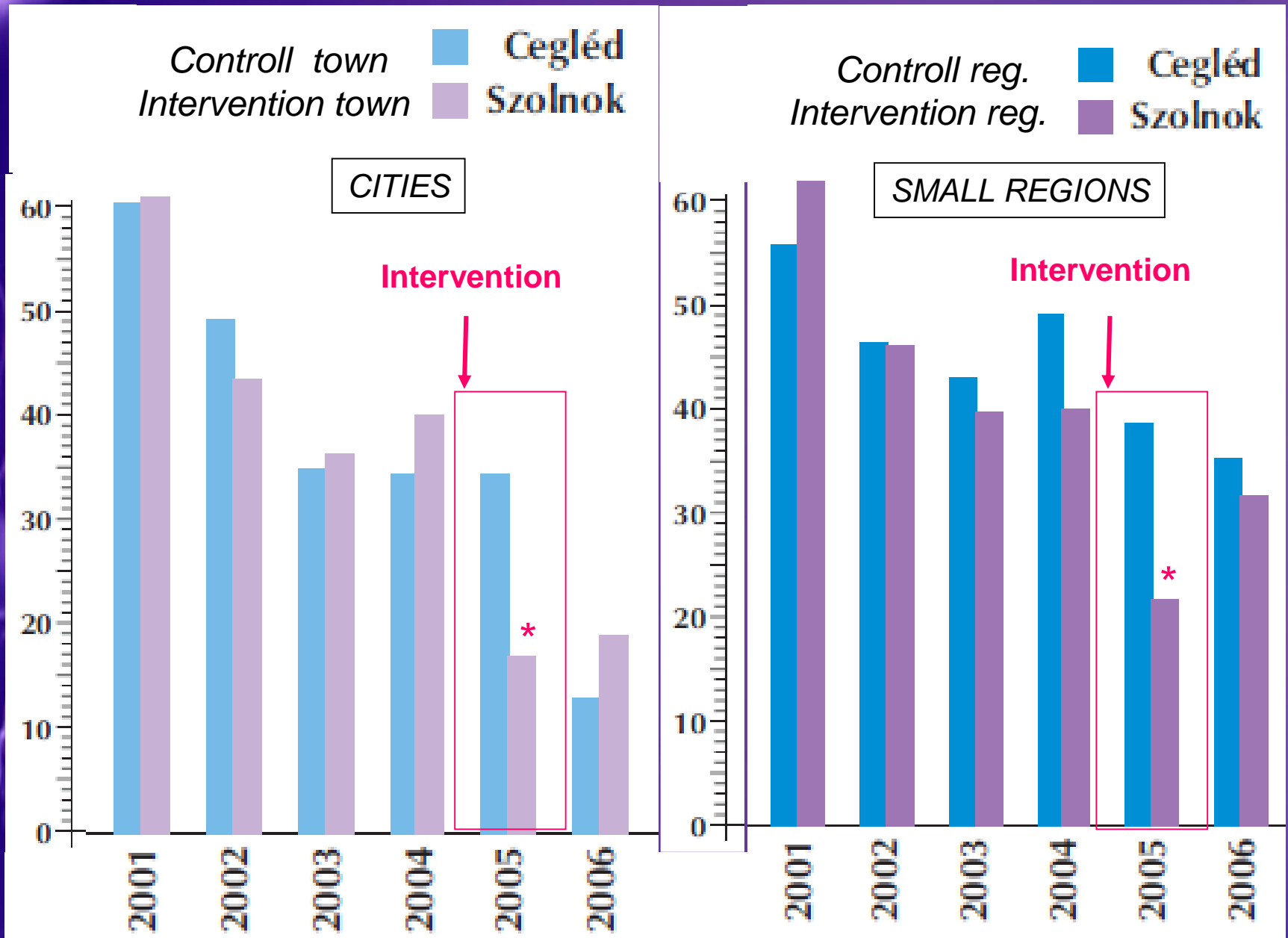
The Hungarian GP-based suicide prevention study



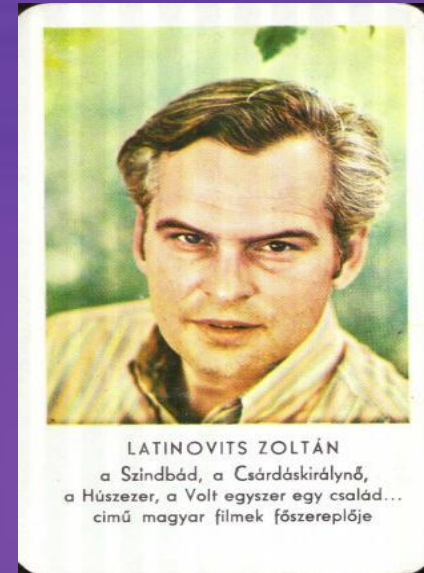
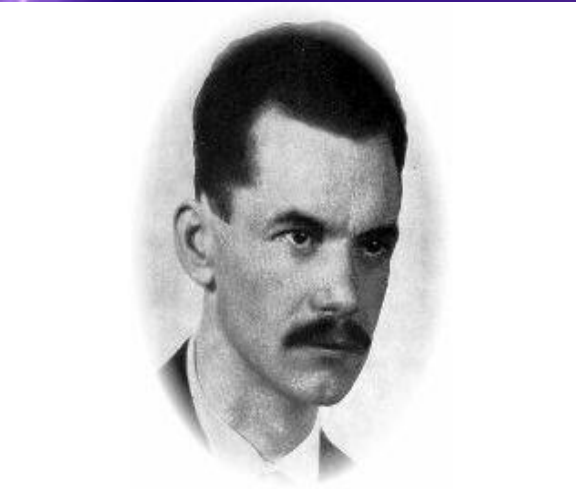
Szántó et al, AGP, 2007: 64. 914-920.

EAAD study- Hungarian center

Kopp et al, Magyar Epidemiológia, 2008; 5: 109-120.

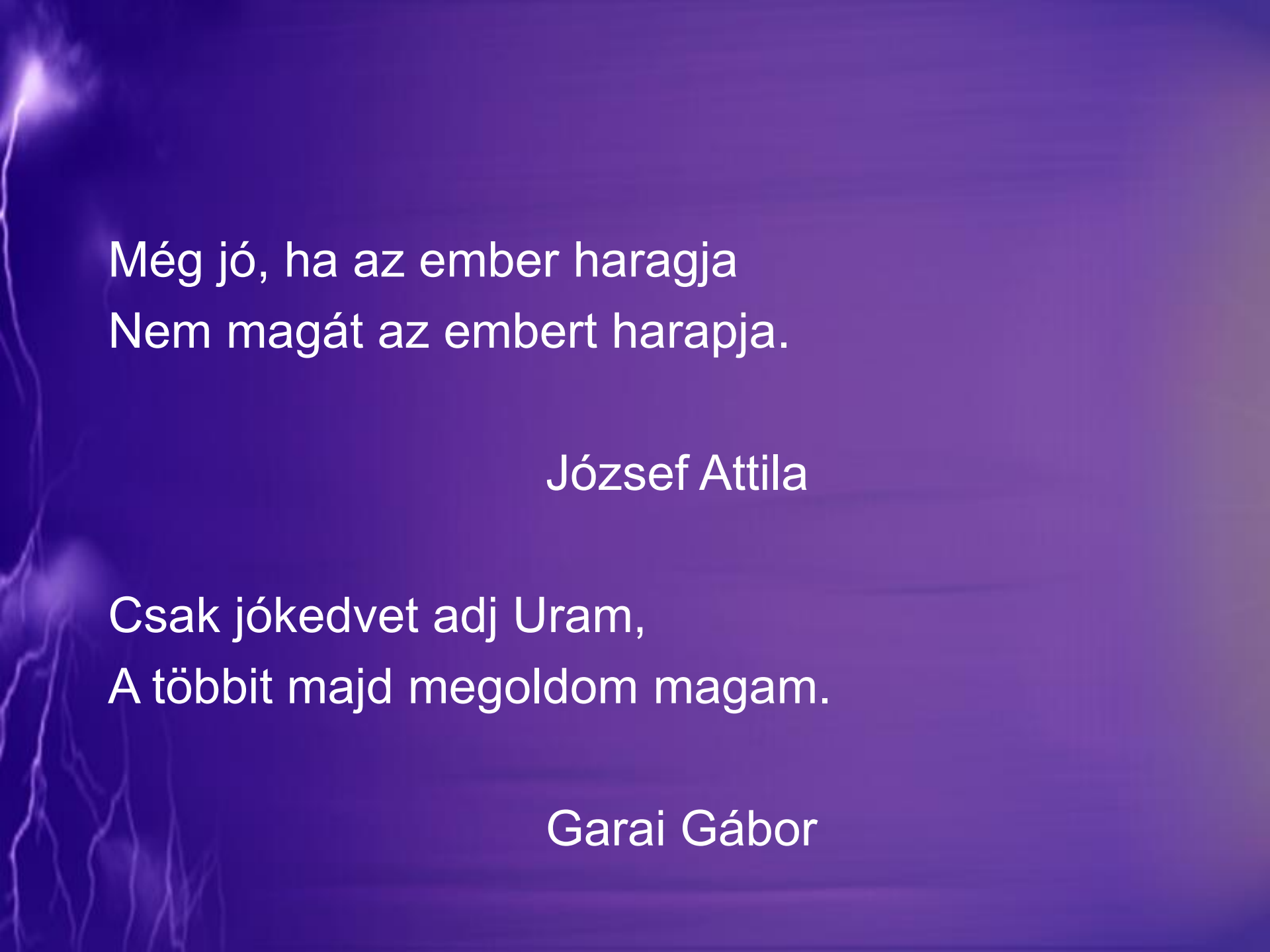


Kreativitás és depresszió/öngyilkosság



V. Ch. és G. P. nem lettek öngyilkosok





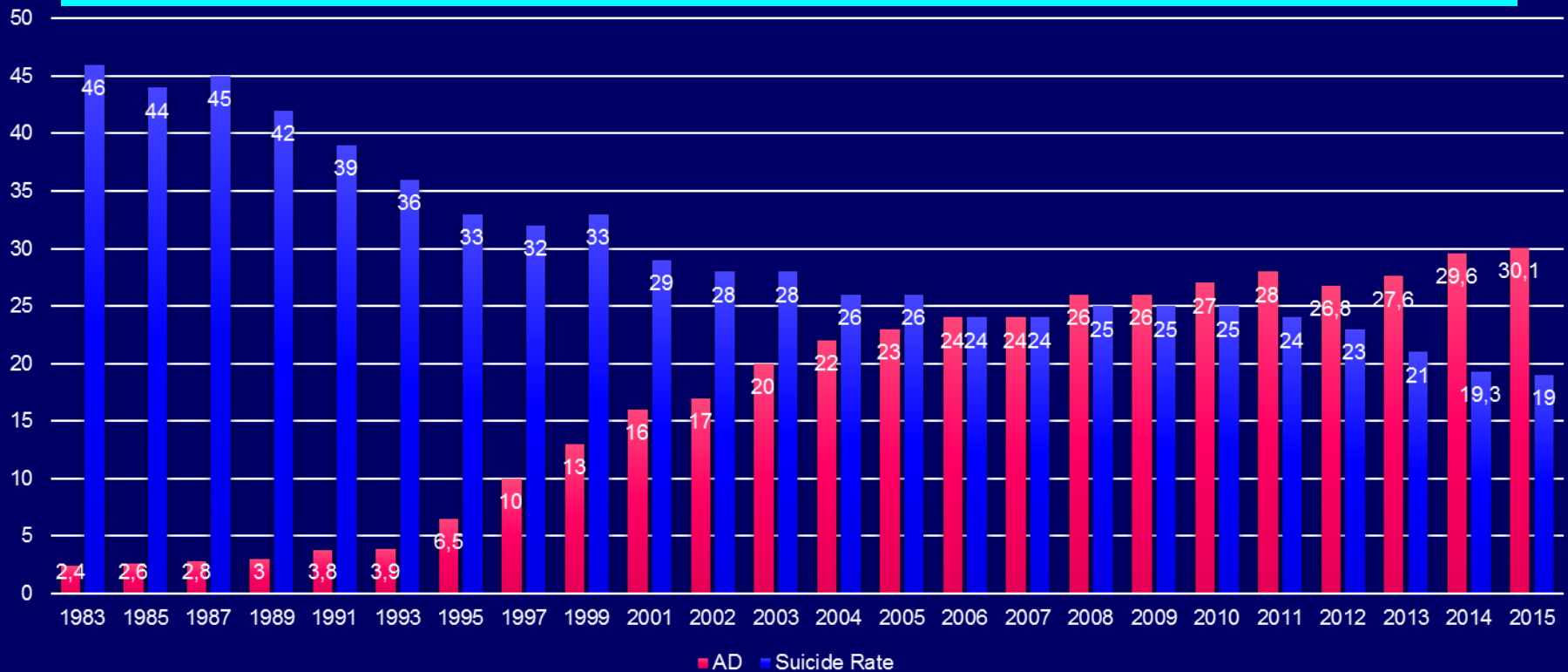
Még jó, ha az ember haragja
Nem magát az embert harapja.

József Attila

Csak jókedvet adj Uram,
A többi majd megoldom magam.

Garai Gábor

Az országos szuicid ráta és az antidepresszívumok forgalma Magyarországon 1983 és 2015 között



Suicide rate: - 59 %

SOS telephone serv. increased

ADs: 13x

Number of psychiatrists increased (until 2006)

Unemployment increased/decreased

Divorce/separation rate increased

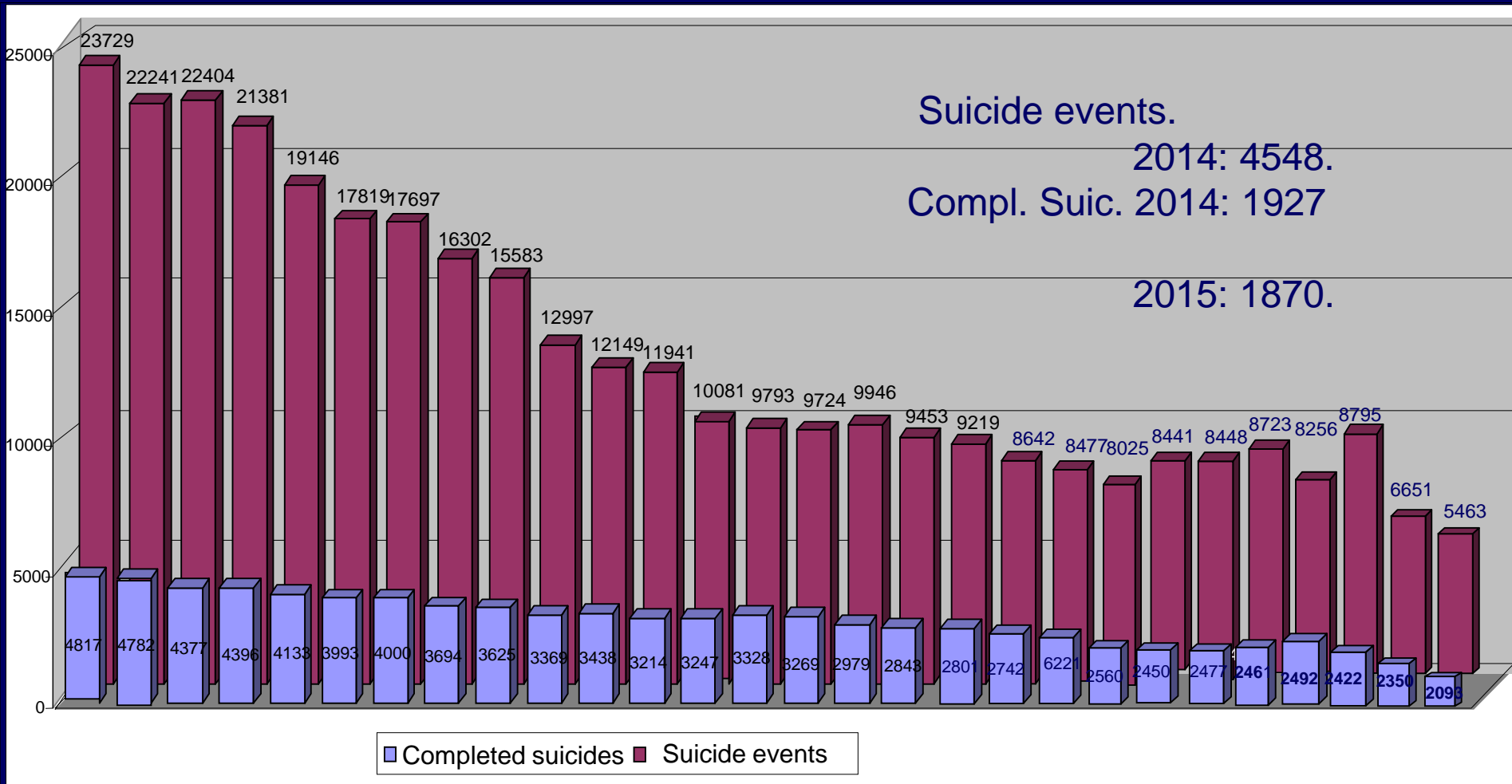
Live births decreased

Rihmer, W J Biol Psych 2004; 5: 55-56.

Sebestyén et al, W J Biol Psych, 2010; 11: 579-585.

Rihmer et al, Lancet, 2013; 387: 722-723.

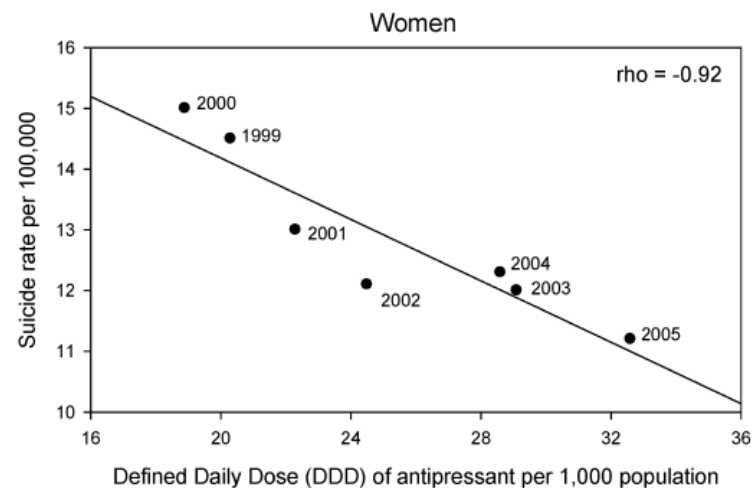
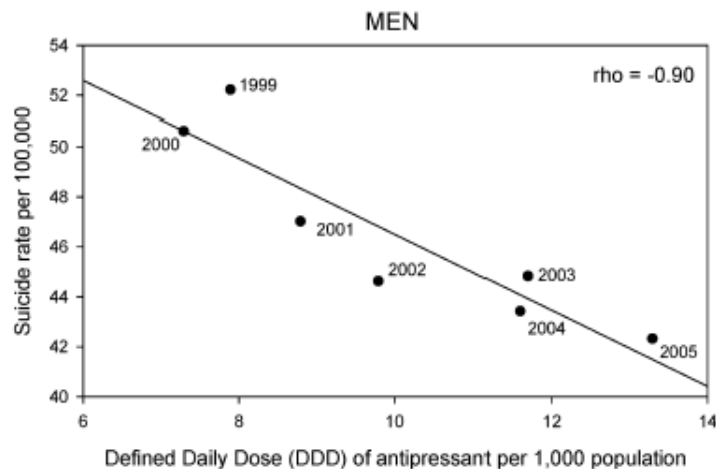
Az Országos Mentőszolgálat által jelentett öngyilkossági események, 1986-2014



Antidepressant Prescription and Suicide Rates: Effect of Age and Gender

SANDOR KALMAR, MD, KATALIN SZANTO, MD, PhD, ZOLTAN RIHMER, MD,
SATI MAZUMDAR, PhD, KATRIN HARRISON, BS, AND J. JOHN MANN, MD

To determine whether the effect of antidepressant exposure on suicide rate



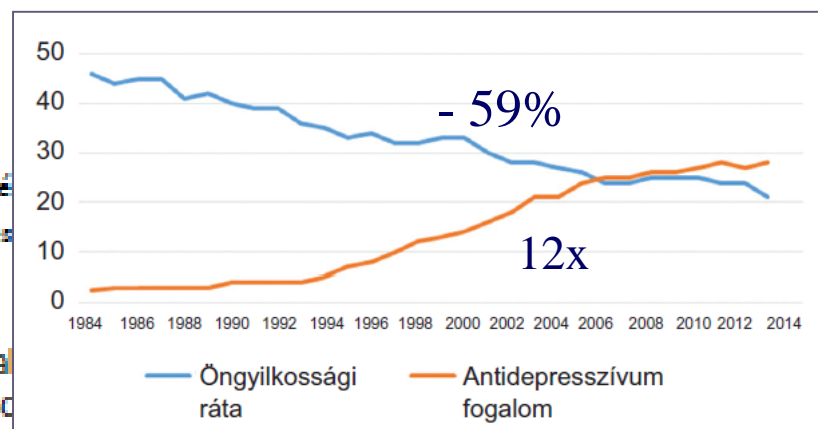
A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása

- 1984 – 2014 -

RIHMER ZOLTÁN^{1,2} ÉS NÉMETH ATTILA²

¹ Semmelweis Egyetem, Klinikai és Kutatási Mentálhigiéné

² Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest



A major depresszió gyakori, de még mindig alacsony a felismerés és a kezelés (komplikációival együtt (öngyilkosság, mások halála, fokozott kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás) mindenütt a világon komoly népegészségügyi problémát jelent. A major depresszió a ma már rendelkezésre álló gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiák révén eredményesen kezelhető; sikeresen kezelt depresszió esetén az öngyilkossági rizikó szignifikánsan csökken, ugyanakkor a kezeletlen major depresszió okozta társadalmi-anyagi kár jóval meghaladja a kezelés költségeit. Közleményünkben részletesen elemezzük a hazai pszichiátriai ellátórendszer utóbbi 3 évtizedben történt fejlődésének majd a 2007-es egészségügyi reform következtében történt meggyengülésének hatását a hazai öngyilkossági halálózásra. Nemzetközi adatokhoz hasonlóan hazánkban is igazolható, hogy a depressziók kiterjedtebb és hatékonyabb kezelése meghatározó tényező a hazai öngyilkossági halálózásnak az utóbbi 30 évben bekövetkezett több mint 50 százalékos csökkenésében.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2014; 16(4): 000-000)

Egyéb tényezők szerepe: munkanélküliség (!), S.O.S. telefonszolgálatok, vezetékes és mobil telefonvonalak, intenzív betegellátás fejlődése, kevésbé toxikus gyógyszerek, stb.

ORIGINAL ARTICLE

Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review

(Yes)

Z. Rihmer*

Department of Psychiatry No. XIII, National Institute for Psychiatry and Neurology, Budapest 27, Pf. 1. 1281, Hungary

(Received 20 January 2001; accepted 31 August 2001)

Summary – Depression, the major cause of suicide, is prevalent but an under-detected, underdiagnosed and, under-treated illness and it is particularly true for depressed suicide victims. However, several studies consistently show that successful treatment of depression not only relieves depressive symptoms, but also decreases and makes suicidality vanish. If the rate of treated depressions in the population increases gradually, at a given point it will appear in the decline of the suicide rates. Although absolute evidence is lacking at present, recent reports from some European countries strongly suggest that increasing utilisation of antidepressants is one of the most important contributing factors in the decrease in suicide rates. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

antidepressants / depression / suicide / suicide prevention / suicide rates

Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study

Ricardo Gusmão^{1,2*}, Sónia Quintão¹, David McDaid³, Ella Arensman⁴, Chantal Van Audenhove⁵, Claire Coffey⁴, Airi Värnik⁶, Pieter Värnik⁶, James Coyne^{7,8}, Ulrich Hegerl⁹

1 CEDOC, Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal, **2** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal, **3** Personal Social Services Research Unit, LSE Health and Social Care, London School of Economic and Political Science, London, United Kingdom, **4** National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland, **5** Katholieke Universiteit Leuven, LIACAS, Leuven, Belgium, **6** Estonian-Greekish Mental Health and Sociology Institute (IGSI), Tallinn, Estonia, **7** Perelman School of Medicine of the University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, United States of America, **8** Health Psychology Section, Department of Health Sciences, University Medical Center, University of Groningen, Groningen, The Netherlands, **9** Department of Psychiatry, University of Leipzig, Leipzig, Germany

Abstract

Background: Research concerning the association between use of antidepressants and suicide is the subject of considerable controversy. The objective of this study was to explore the association between antidepressant use and suicide in Europe, adjusted for gross domestic product (GDP) per capita, to explore if any observed reduction in the rate of suicide is due to the use of antidepressants.

Method: We analyzed data from 29 European countries between 1980 and 2000. We tested the hypothesis of a positive association between antidepressant use and suicide rates, while an autoregressive adjusted model was used to test the hypothesis of a negative association.

Results: We found a positive association between antidepressant use and suicide rates in 15 of the 29 countries, with a correlation coefficient (r) ranging from 0.10 to 0.97. In 14 countries, we found a negative association, with a correlation coefficient (r) ranging from -0.10 to -0.97.

Conclusions: Suicide rates in Europe are not necessarily increasing as part of the antidepressant routine care for people with depression. The association between antidepressant use and suicide rates is complex, with a positive association in 15 of the 29 countries, and a negative association in 14 countries. The correlation between antidepressant use and suicide rates is not necessarily positive, as observed in 15 of the 29 European countries between 1980 and 2000.

Keywords: antidepressants, suicide, Europe, ecological study, multi-national study, antidepressant utilization, suicide rates, correlation, GDP per capita, autoregressive adjusted model, hypothesis testing.

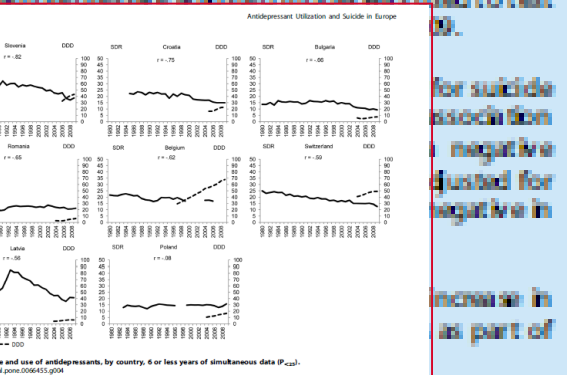
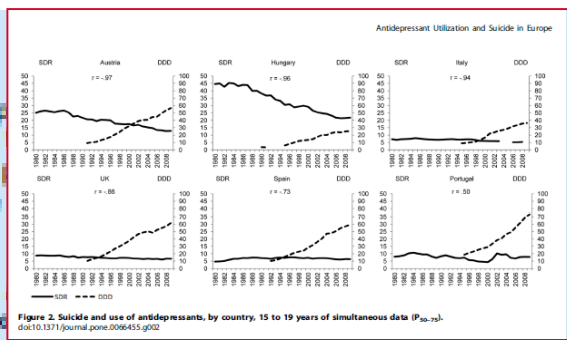
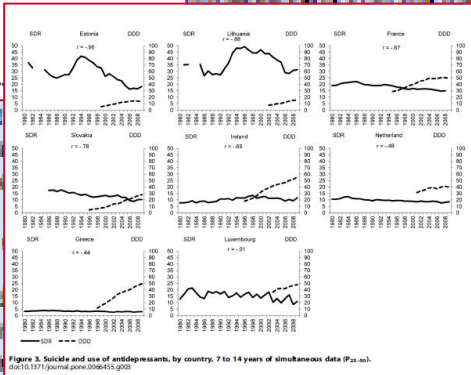


Figure 1. Suicide and use of antidepressants, by country, more than 19 years of simultaneous data (P<0.01). doi:10.1371/journal.pone.0066455.g001



- Az öngyilkosok 60-70%-a aktuálisan major depressziós
- Közülük kb. 80% nem kap (megfelelő) kezelést
- A gyógyszeresen eredményesen kezelt major depressziós/bipoláris betegeknek kb. 80-85%-al csökken a szuicid halálozás
- A major depresszió+bipoláris betegség 1 éves és 1 hónapos prevalenciái hazánkban 8 ill. 3%
- **EBBŐL KÖVETKEZIK**, hogy a depressziók kiterjedt kezelése a populáció szintjén is detektálható szuicid ráta csökkenéshez vezet

Konklúzió

- Az öngyilkos magatartás komoly népegészségügyi és társadalmi probléma
- A (nem kezelt) major depresszós epizód a legfontosabb rizikófaktor
- Nemkívánatos pszicho-szociális tényezők fokozzák a rizikót
- Az öngyilkos magatartás többnyire előrejelezhető és megelőzhető
- Ebben a pszichiátriának kulcs-szerepe van ehhez viszont megfelelő erkölcsi és anyagi támogatásra van szüksége
- Az utóbbi 30 évben hazánkban bekövetkezett 59%-os öngyilkosság-csökkenés fő (de nem kizárólagos) oka a depressziók (és a többi pszichiátriai betegség) eredményesebb kezelése – ez is az agykutatás eredménye

Köszönöm a figyelmet !