

# Az öngyilkosság gyógyszeres megelőzése

**A pszichiátria és a pszichofarmakonok szerepe a hazai öngyilkosságok jelentős csökkenésében**

**Prof. Dr. Rihmer Zoltán**

**Semmelweis Egyetem és  
Országos Mentális, Ideggyógyászati  
és Idegsebészeti Intézet,  
Budapest**



2023





- *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 kb. 150.000 ember esz öngyilkos (120.000 férfi és 30.000 nő)*

*(Az EU-ban évente kb. 68.00 fő)*

- *Magyarországon 1550 öngyilkos volt 2019-ben*

- *Ez 16/100.000 fő/év*

*Méhnyakrák halálozás: 400/év*

**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. Själv mordstal\* i Europa, senast tillgängliga data.

Avser befolkningen över 15 år.

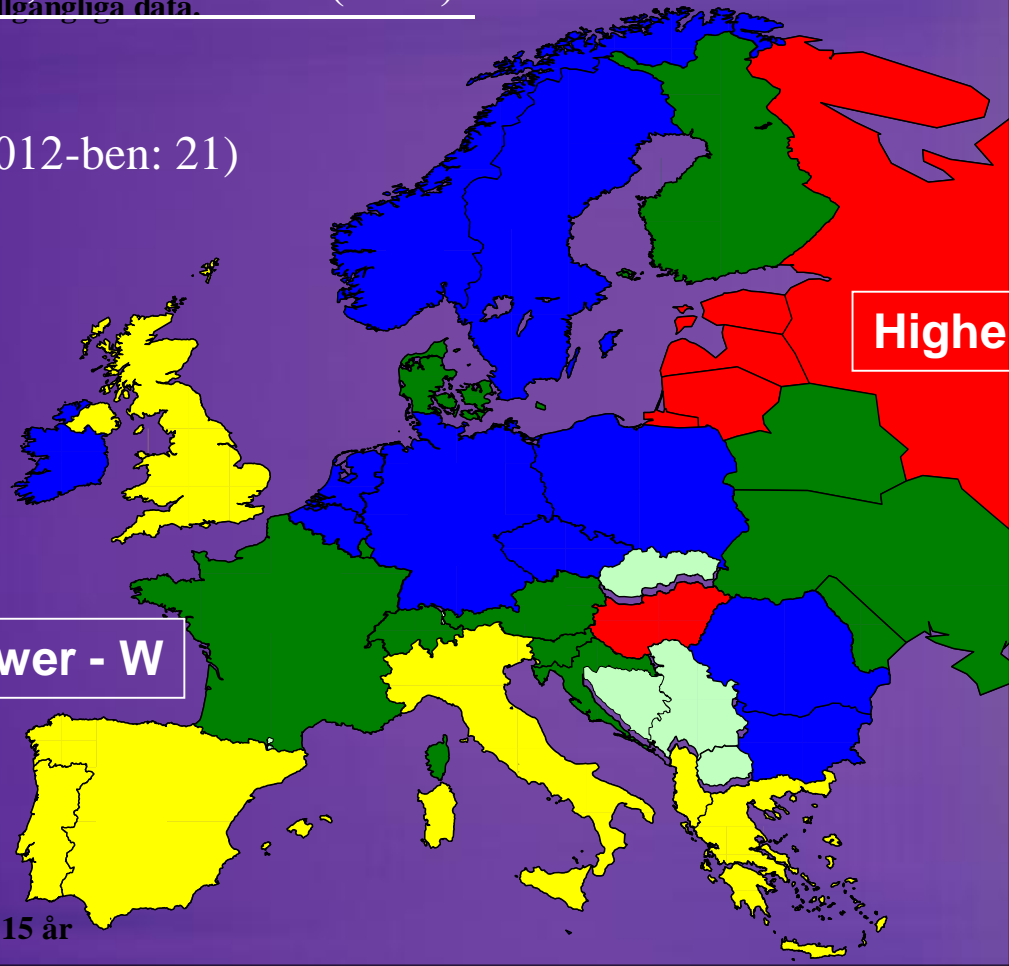
Litvânia	33
Magyarország	26 (2012-ben: 21)
Lettország	21
Szlovénia	20
Belgium	19
UK	7
Olaszország	23,0 (Tj6kien)
Görögország	3

- Mycket höga självmordstal  
40,1 (Ungern) -58,0 (Litauen)
- Höga självmordstal:  
25,0(Moldávien) -35,8 (Vitryssland)
- Medelhöga självmordstal:  
11,9 (Olaszország)
- 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, stb.)
- **Személyiségbeli** (impulzivitás, agresszív személyiségvonások, stb.)
- **Pszicho-szociális** (élet-események, akut vagy tartós stresszorok, stb.)
- **Demográfiai** (nem, életkor, stb.)
- **Kulturális** (vallás, táplálkozás, tradíciók, stb.)

Az öngyilkos magatartás sohasem vezethető vissza egyetlen okra

# Öngyilkosság és pszichiátriai betegségek

- Bár az öngyilkosság rendkívül komplex, multikauzális jelenség (számos orvosi, pszicho-szociális demográfiai és kulturális összetevővel), az öngyilkosságban meghaltak több mint 90 %-a súlyos – többnyire kezeletlen - pszichiátriai betegségben szenved (major depresszió, schizophrenia, alkohol ill. drog-betegség) a cselekmény idején.

Duberstein and Conwell, Clin Psychol: Science and Practice, 1997; 4: 359-375.

Goldstein et al, Arch Gen Psychiat, 1991; 48: 418-422.

Rihmer et al, Curr Opin Psychiat, 2002; 15: 83-89.

Hawton és van Heeringen, Lancet, 2009; 373: 1372-1381.



# A leggyakoribb aktuális Axis I és Axis II diagnózisok öngyilkosságban meghaltaknál

Pszichiátriai betegség	90%	(82-96%)
• 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.

Turecki and Brent, Lancet, 2015;387: 1227-1239.

# 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.

# Olyan egyszerű, mint egy pofon....

Khuri R, Aksikal HS.

Suicide prevention: The necessity of treating contributory psychiatric disorders.

Psychiat Clin N Amer, 1983; 6: 193-207.

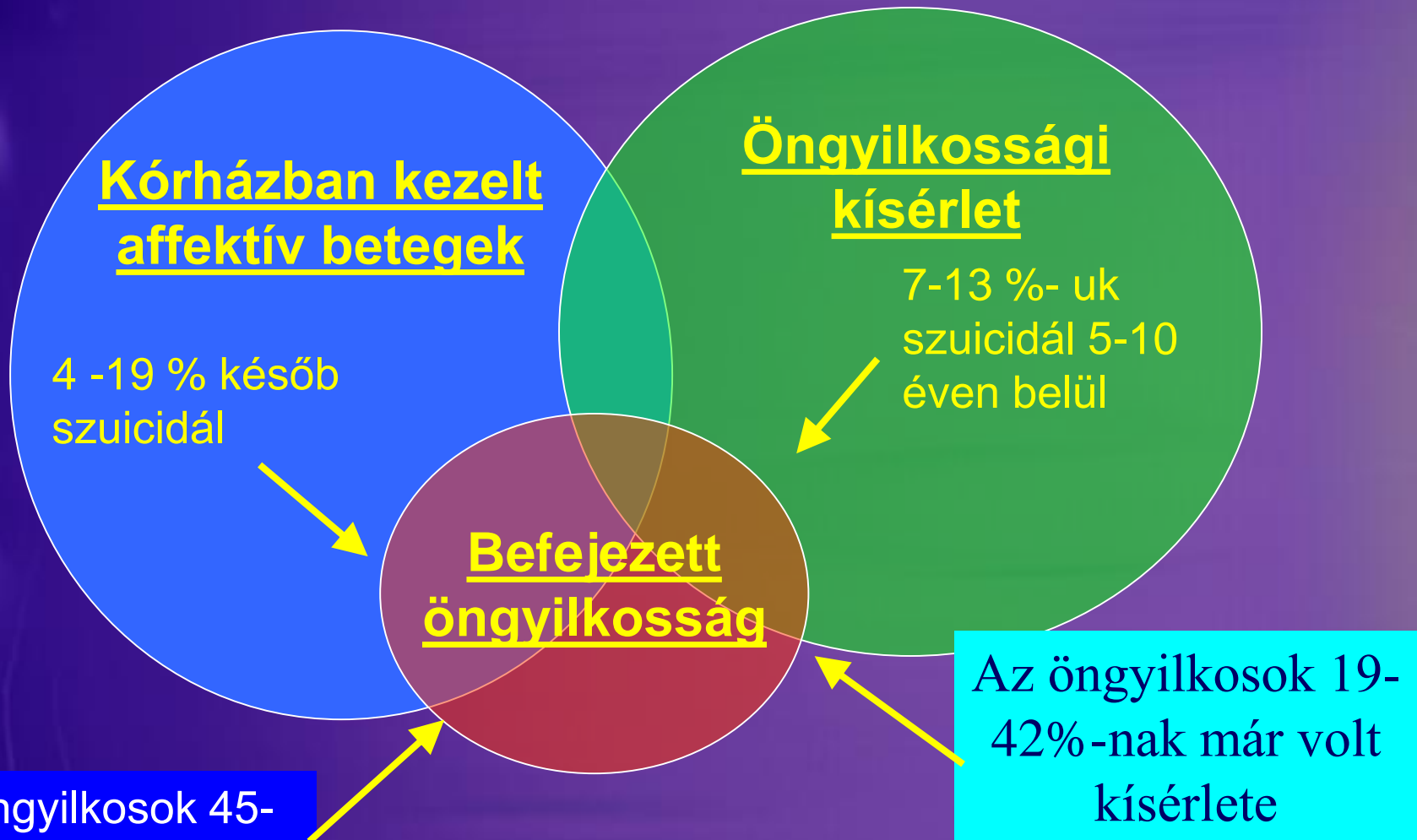


# Psychiatric News, 2001; 36: June 1

Page 1-2

„Surgeon General David Satcher cites psychiatric treatment as a key factor in suicide prevention”

# Major affektív betegségek és szuicidium



Az öngyilkosok 45-87%-a aktuálisan major depressziós

Az öngyilkosok 19-42%-nak már volt kísérlete

Avery and Winokur, Arch Gen Psychiat 1978; 35: 749-753  
Bostwick and Pankratz, Amer J Psychiat 2000, 157: 1925-1932  
Rihmer and Kiss, Bipol Disord 2002, 4:(Suppl.1), 21-25.  
Suokas et al, Acta Psychiat Scand 2001,104: 117-121

# Öngyilkossági kísérletek előfordulása Magyarország felnőtt lakosságában (18-64 év)

- Öngyilk. kísérlet volt: 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,

# Öngyilkossági kísérletek Magyarország reprezentatív mintáiban (>18 év)

	1995 n=12.527	2002 n=12.653	változás
• Megelőző kísérl.	4.0%	2.9%	- 28 %
• Megelőző kísérl. (orvosi ellátást igénylő)	3.8%	1.5%	- 61%

Kopp et al, 2011

# Az öngyilkossági kíséreletek és a depresszió súlyosságának összefüggése Magyarországon (n=12.398)

## Öngyilkossági kísérellet

---

• Teljes minta	4.0 %
• Nincs Beck-depresszió	2.2 %
• Enyhe Beck-depresszió	5.2 %
• Kp. súlyos Beck-depresszió	9.2 %
• Súlyos Beck-depresszió	14.4 %

# 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.



# 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.....

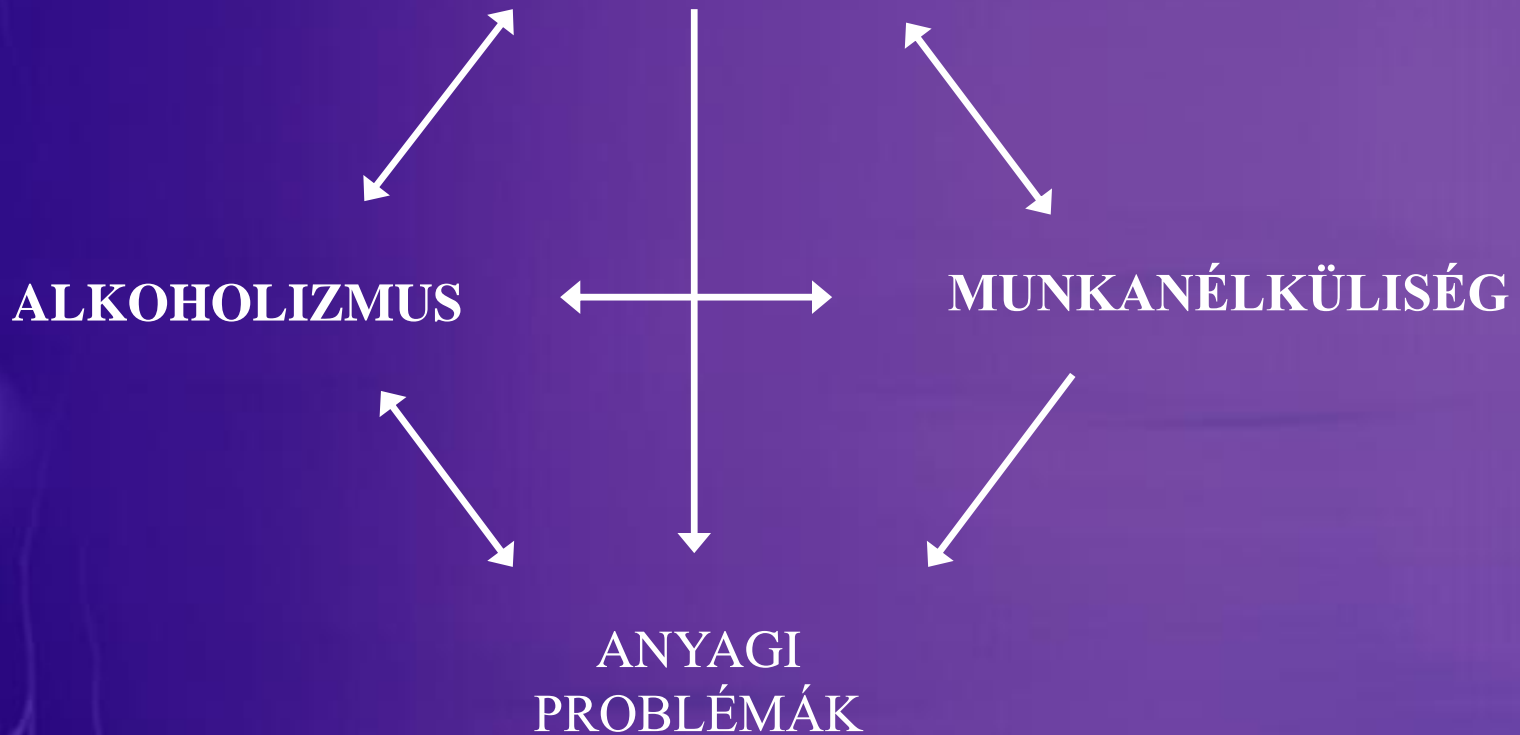
A valós, klinikai gyakorlat: A szuicid kísérleten átesett, vagy aktuálisan szuicidális betegeket csak, és csakis pszichiáterhez küldik/viszik.

Több tiszteletet és támogatást a pszichiátriának !

# Az öngyilkossági rizikófaktorok interakciója

## DEPRESSZIÓ

alkohol/drog betegség, schizophrenia



# Szuicid rizikófaktorok szorongásos betegségekben

- Megelőző szuicid kísérlet,
- **Komorbid major depresszió**
- Szucidium a családban
- Komorbid addiktív betegség
- Akut pszicho-szociális krízis

# Szuicid rizikófaktorok schizophreniában

- Major depresszió, reménytelenség
- Megelőző öngyilkossági kísérlet, halálvágy
- Korai betegségstádium
- Gyakori visszaesések
- Jó premorbid funkcionálás, magasabb IQ
- Kórházból való elbocsájtás utáni időszak
- Parancs-hallucinációk (?)

# Szuicid rizikófaktorer addiktív betegségekben

- Major depresszió, reménytelenség
- Aktuálisan magas alkohol/drog-használat
- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Késői betegségstádium
- Súlyos testi betegség
- Szociális támogatás hiánya
- Munkanélküliség, izoláció

Hawton and van Heeringen (Eds.), International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, J. Wiley and Sons, Chichester, 2000.



# 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

# A szakszerű farmakotrápia hatása az öngyilkos magatartásra depressziós betegeknél

## Rizikócsökkenés:

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

Kognitív terápia és problémamegoldó tréning szintén hatékony, főleg kiegészítőként



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.

A depresszió javulásával párhuzamosan csökken az öngyilkossági késztetés

# Suicidality: risk factors and the effects of antidepressants. The example of parallel reduction of suicidality and other depressive symptoms during treatment with the SNRI, milnacipran

Philippe Courtet

CHRU Montpellier, Inserm U888,  
University of Montpellier I, Montpellier,  
France

This article was published in  
Neuropsychiatric Disease and Treatment  
on 24 August 2010

[Number of times this article](#)

**Abstract:** Suicidal behavior suggests that suicidal behavior is a specific trait, genetic factors, and for suicide is depression

Courtet

Dovepress

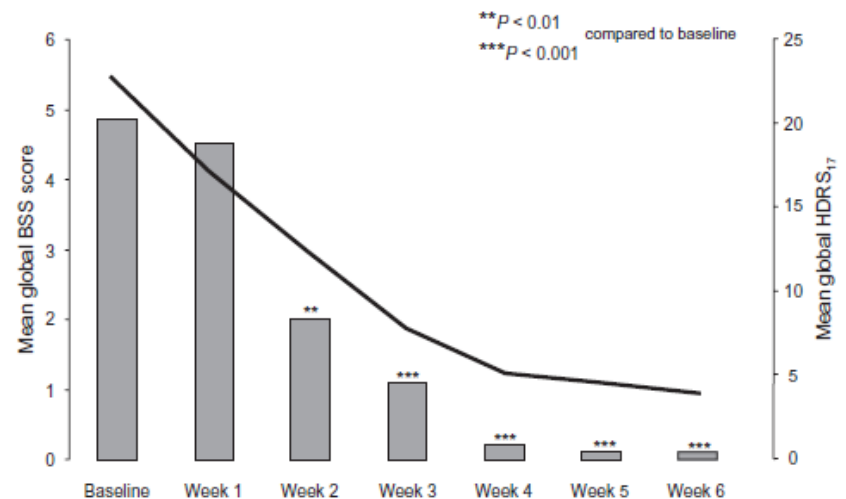


Figure 1 Parallel reduction of depressive symptoms and suicidality during the study.  
\*\*P < 0.01; \*\*\*P < 0.001 compared to baseline values.  
Note: Solid black line, mean global HDRS<sub>17</sub> scores; Gray column, mean global BSS scores.



# Antidepressants and suicidal behaviour in unipolar depression

	Risk-reduction (%)	
	Suicide	Suic. att.
• Angst et al, 2002	67	-
• Yerevaninan et al, 2004	95	85
• Sondergard et al, 2007	84	-

Angst et al, J Affect Disord, 2002; 68: 167-181.

Yerevanian et al, Acta Psychiat Scand, 2004; 110: 452-548.

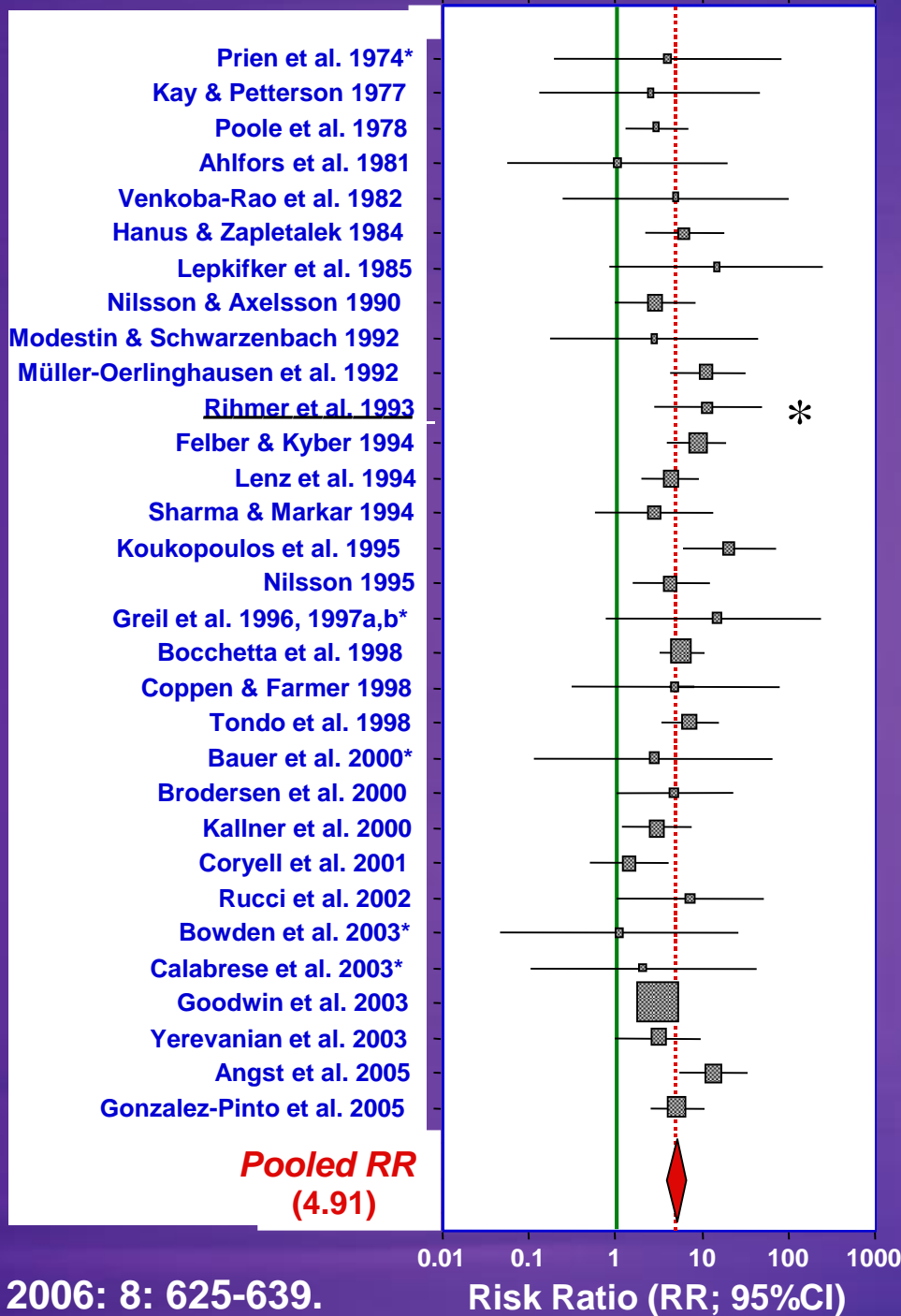
Sondergard et al, Arch Suic Res, 2007; 11: 163-175.

# Meta-Analysis: Lithium vs. Suicides & Attempts in Bipolar Disorder

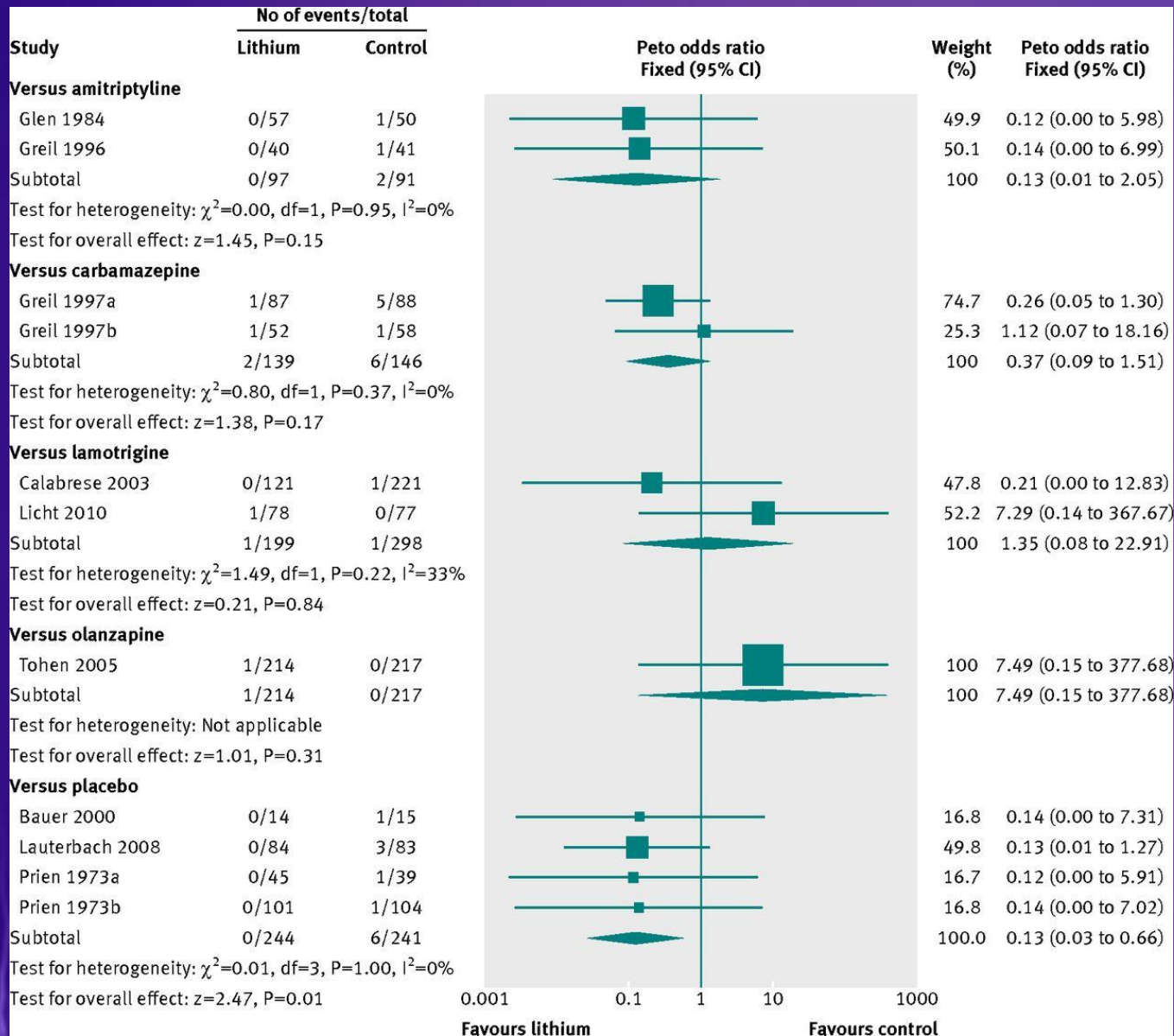
31 studies, 33.340 pts

Risk reduction: 80%

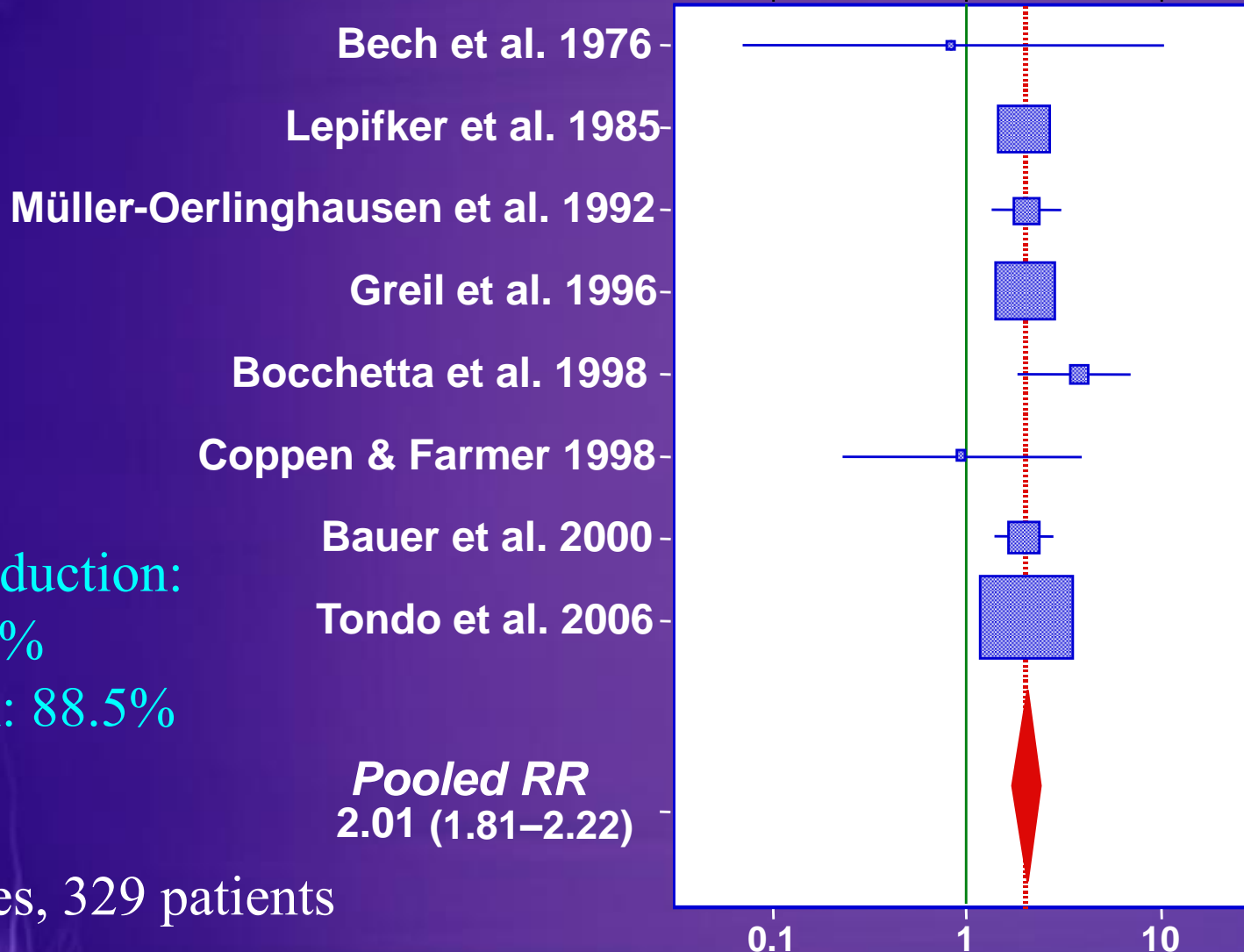
Ss vs SAs and  
RCTs vs Open studies:  
similar results



# Meta-analysis of suicides in randomised trials comparing lithium with placebo or with active comparators.



# Lithium Treatment: Reduced Suicidal Risk in Recurrent Unipolar Major Depression



Risk reduction:

S: 85 %

S+SA: 88.5%

8 studies, 329 patients

Guzzetta et al, J Clin Psychiat, 2007; 68: 380-383.

Risk Ratio (95%CI)

# Prophylactic lithium treatment and suicidal behaviour in 167 recurrent (UP and BP) depressives with one or more suicide attempt before lithium

	Number of SAs per year		Decrease	Non SA
	before Li	during Li	(%)	(%)
Excellent resp. (n = 45)	0,26	0,02	92*	93
Moderate resp. (n = 81)	0,27	0,06	78**	83
Poor resp. (n = 41)	0,33	0,10	70**	49

\* p = 0,001

\*\* p = 0,007

# Az unipoláris - bipoláris spektrum

Agitált/ kevert depresszió

D

UPMD

D  
m

UPMD

D  
m

Bp II

m

D

Bp II

m

D

Bp I

M



# Inszomnia major depresszióban – Szuicid rizikófaktor

- Major depresszióban az inszomnia erős szuicid rizikófaktor. Ez könnyen és azonnal eliminálható

Fawcett et al, Amer J Psychiat, 1990; 147: 1189-1194.

Taylor et al, Behav Sleep Med, 2003; 1: 227-247.

McGirr et al, J Affect Disord, 2007; 97: 203-209.

- Major depresszióban a hiperszomnia protektív faktor

McGirr et al, J Affect Disord, 2007; 97: 203-209.

# AD vs AD+BZD in short-term treatment of major depression

- Meta-analysis of 9 RCTs (1979-1998, n=679, in-and outpatients with MDD)
- In the AD+BZD group (vs AD+PLAC group):
  - fewer drop-outs (- 37%)
  - more early responders at (+ 41-63%)
- Comparing with AD + PL group responders in the AD+BZD group:

week 1	+ 63%
week 2	+ 41%
week 4	+ 38%
week 6-8	+ 6%

Furukawa et al. J. Affect. Disord.2001,65:173-7.

# Ogawa et al, Cochrane Systematic Review 03 June, 2019.

- 10 papers, published between 1978 and 2002, 731 patients.

**Combined antidepressant plus benzodiazepine therapy was more effective than antidepressants alone in improving depression severity, response in depression and remission in depression in the early phase.**

**Combined therapy resulted in fewer dropouts due to adverse events than antidepressants alone,**

# Klozapin és szuicid rizikó szkizofréniában

## Klozapin vs. Szuicid rizikó

Meltzer & Okayli 1995

Walker et al. 1997

Reid et al. 1998

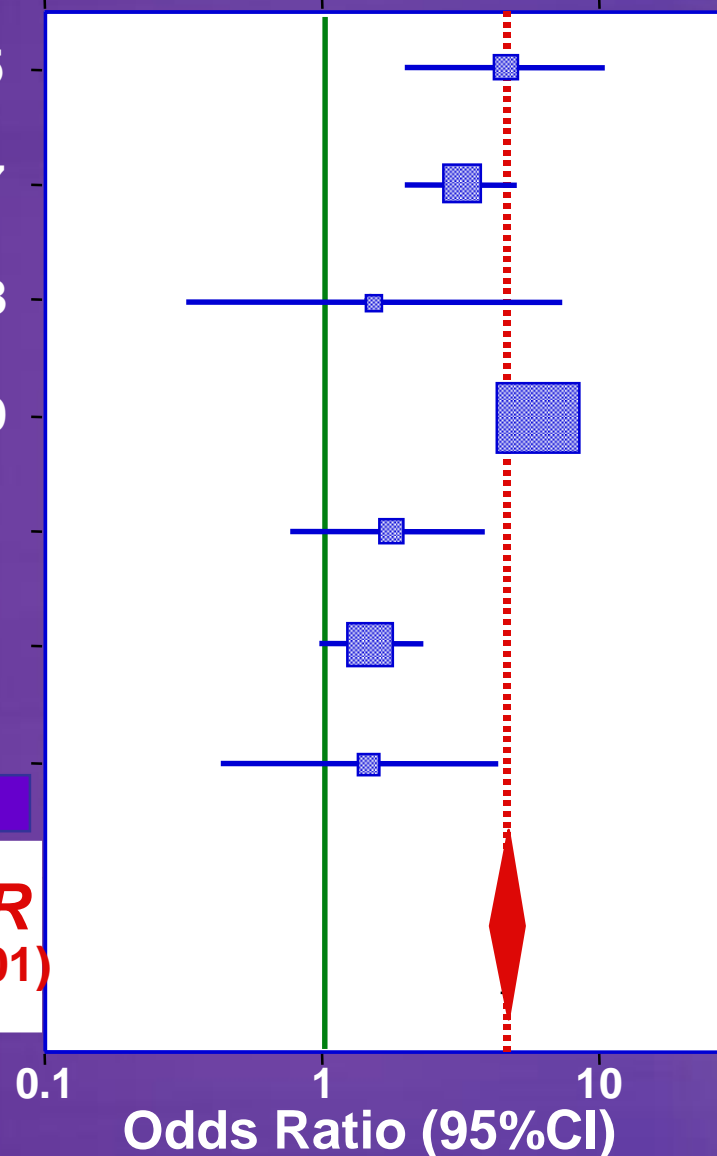
Munro et al. 1999

Sernyak et al. 2001

Meltzer et al. 2003

Modestin et al. 2005

**Pooled OR**  
**(4.64; p<0.0001)**






# Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry  
2020, Vol. 54(1) 29–45  
DOI: 10.1177/0004867419883341

© The Royal Australian and  
New Zealand College of Psychiatrists 2019  
Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)  
[journals.sagepub.com/home/anp](https://journals.sagepub.com/home/anp)



Katrina Witt<sup>1</sup> , Jennifer Potts<sup>2,3</sup>, Anna Hubers<sup>1,4</sup>, Michael F Grunebaum<sup>5</sup>, James W Murrough<sup>6</sup>, Colleen Loo<sup>7</sup> , Andrea Cipriani<sup>2,3</sup>  and Keith Hawton<sup>1,2</sup>

## Abstract

**Objective:** Ketamine may reduce suicidal ideation in treatment-resistant depression. But it is not known how quickly this occurs and how long it persists. We undertook a systematic review and meta-analysis to determine the short- and long-term effectiveness of ketamine for suicidality.

**Method:** CENTRAL, EMBASE, Medline, and PsycINFO were searched until 12 December 2018. Randomised controlled trials of ketamine or esketamine reporting data on suicidal ideation, self-harm, attempted or completed suicide in adults diagnosed with any psychiatric disorder were included. Two reviewers independently extracted data, and certainty of evidence was assessed using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation tool. Standardised mean difference was used for continuous outcomes.

**Conclusion:** A single infusion of ketamine may have a short-term (up to 72 hours) beneficial impact on suicidal thoughts. While confirmation of these results in further trials is needed, they suggest possible use of ketamine to treat acute suicidality. Means of sustaining any anti-suicidal effect need to be found.

confidence interval =  $[-0.99, -0.26]$ ; between 24 and 72 hours: standardised mean difference =  $-0.57$ , 95% confidence interval =  $[-0.99, -0.14]$ , but not thereafter. However, there was marked heterogeneity of results. In a single trial of esketamine, marginal effects on suicidal ideation were observed. In terms of actual suicidal behaviour, there were virtually no data on effects of ketamine or esketamine.

# Why suicidal behaviour in depressed patients receiving ADs is still high in the first few days/weeks of the AD treatment ?

- Lack of action of ADs (no change or spontaneous worsening of depression)
  - Resolution: close observation, removing lethal means, crisis intervention, **anxiolysis, sedation (sleep !, BZPs)**, lithium, 2GAPs
- Worsening of depression due to AD in (potentially) bipolar depressives via inducing and/or aggravating depressive mixed states/agitation
  - Resolution: co-therapy: MSs, BZDs, 2GAPs  
*(quetiapine, olanzapine, MSs alone or in combination)*

# Rejtett szuicid prevenció

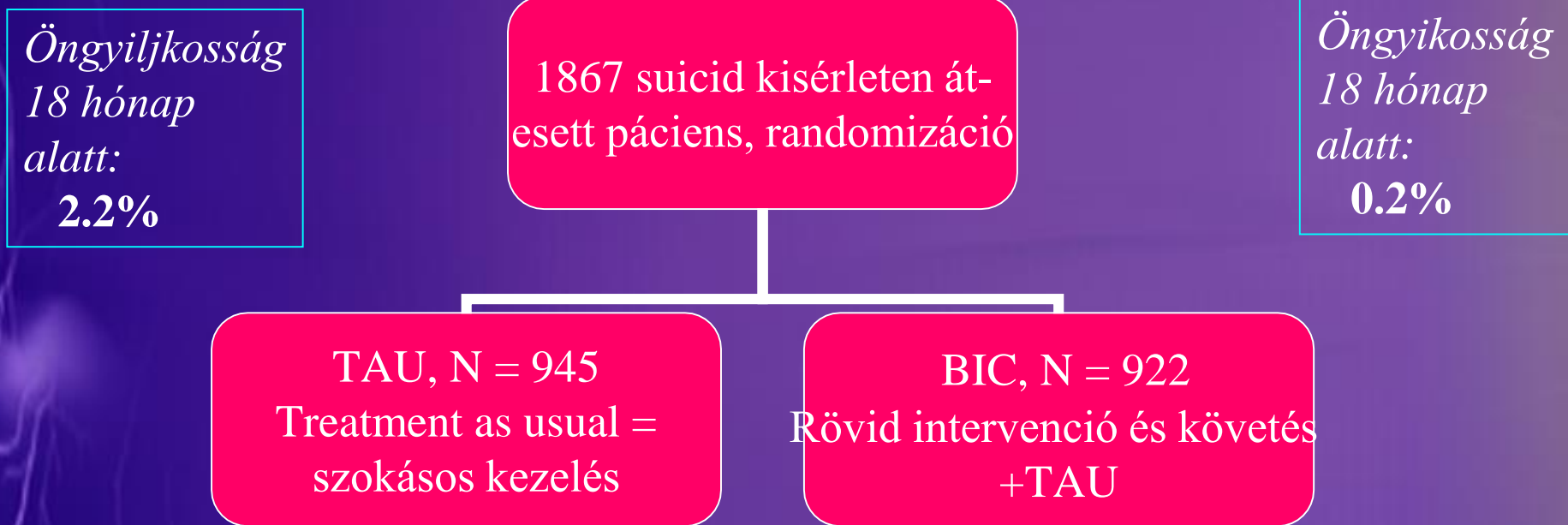
Az öngyilkos magatartás gyakran a második vagy későbbi depressziós epizódok során jelentkezik





# WHO „Brief intervention” multicentrikus vizsgálat

- Öngyilkossági kísérletet elkövető páciensek, öt országban

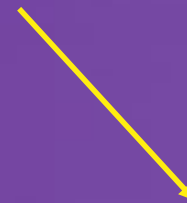
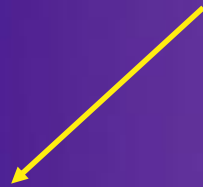


- Rövid terápiás intervenció majd telefn/levelezőlap –kontaktus az 1,2,4,7,11. héten majd a 4, 6, 12, és 18. hónap végén

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

# Szuicid prevenció stratégiai a mindennapi gyakorlatban

A veszélyeztetettek azonosítása (szűrés) az ellátásba már bekerült és még be nem kerültek között



## Pszicho-szociális intervenciók

- akut (S.O.S. tel. szolg.,  
krízis intervenció stb.)
- hosszútávú

## Gyógyszeres (biológiai) intervenciók

- akut
- hosszútávú

# 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

**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 PsychINFO 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.

Danuta Wasserman, MD

Paul Yip, PhD

Herbert Hendin, MD

**S**UICIDE 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

suicide. 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 <sup>a,\*</sup>, Z. Rihmer <sup>b</sup>, D. Rujescu <sup>c</sup>, M. Sarchiapone <sup>d</sup>, M. Sokolowski <sup>a</sup>, D. Titelman <sup>a</sup>,  
G. Zalsman <sup>e,f</sup>, Z. Zemishlany <sup>e</sup>, V. Carli <sup>a</sup>

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

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

## A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről\*

4

Rihmer Zoltán<sup>1,2</sup>, Németh Attila<sup>2</sup>, Kurimay Tamás<sup>3</sup>, Perczel-Forintos Dóra<sup>1</sup>, Purebl György<sup>1</sup>, Döme Péter<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

<sup>2</sup> Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup> Szt. János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

*Összefoglalás: Az öngyilkosság a világon mindenütt fontos népegészségügyi probléma, amit az is jelez, hogy a WHO európai régiójában évente közel 120 000 ember vet véget életének.*

*1. Felismerés és diagnózis: A befejezett öngyilkosságot, illetve öngyilkossági kísérletet elkövetők 90%-a esetében a háttérben többnyire kezeletlen pszichiátriai zavar húzódik meg, leggyakrabban major depressziós epizód és szerabúzus, sokszor mindkettő vagy szorongásos betegségekkel, illetve személyiségzavarral együtt. Az öngyilkosság hatékony megelőzése érdekében elengedhetetlen a háttérben álló pszichiátriai betegség megfelelő diagnózisa és akut, valamint hosszú távú kezelése.*

*2. Ellátás és kezelés: Öngyilkossági krízis esetén azonnal meg kell kezdeni az akut beavatkozást annak érdekében, hogy a beteg életét megóvjuk. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják a farmakológiai kezelés és a kognitív viselkedésterápia (ezen belül a dialektikus viselkedésterápia és a problémamegoldó tréning) hatékonyságát. Vannak más ígéretes pszichológiai kezelések is, azonban a rendelkezésre álló bizonyítékok ezek esetében jelenleg még nem meggyőzőek. A vizsgálatok eredményei szerint, az antidepresszív és/vagy hangulatstabilizáló kezelés a terápiára jól reagáló depressziós betegekben lényegesen csökkenti az öngyilkosság kockázatát. Az antidepresszívumokkal kezelt depressziósoknál azonban az öngyilkos magatartás esélye a kezelés első 10–14 napja során még gyakran fennáll, ami gondos megfigyelést indokol, és ha kell, a gyógyszerelést anxiolitikummal kell kiegészíteni. Szorongás és inszomnia esetében is javasolt a szorongásoldókkal és altatókkal történő rövidtávú kiegészítő gyógyszerelés. Gyermekeknél és kamaszoknál az antidepresszív farmakoterápia csak szakorvos felügyelete mellett végezhető. A hosszútávú lítiumkezelés unipoláris és bipoláris depresszióban szenvedő betegek esetében egyaránt nagyon hatékony az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet megelőzésében, míg a klozapin terápia szkizofréniával élőknel csökkenti markánsan a szuicid magatartást. Előnyben kell részesíteni a pszichiáterből és egyéb szakemberekből, például klinikai szakpszichológusból, szociális munkásból, foglalkozásterapeutaiból álló multidiszciplináris kezelő teameket, mivel minden esetben javasolt a farmakológiai, pszichológiai és szociális módszerek kombinációja, különösen az ismételt szuicid kísérletet elkövető betegek esetében.*





Contents lists available at ScienceDirect

# Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/neubiorev](http://www.elsevier.com/locate/neubiorev)



## Review

# Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders

Zoltan Rihmer<sup>a,b</sup>, Xenia Gonda<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Kutvolgyt ut 4, 1125 Budapest, Hungary

<sup>b</sup> 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

The risk of self-destructive behavior in mood disorders is an inherent phenomenon and suicidal behavior severity is a major clinical concern. Lithium treatment is the most effective pharmacological intervention for the prevention of suicidal behavior in patients with mood disorders. The present review discusses the efficacy of lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in patients with mood disorders. The review also discusses the efficacy of other antidepressants in the prevention of suicidal behavior in patients with mood disorders. The review concludes that lithium treatment is the most effective pharmacological intervention for the prevention of suicidal behavior in patients with mood disorders.

## 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

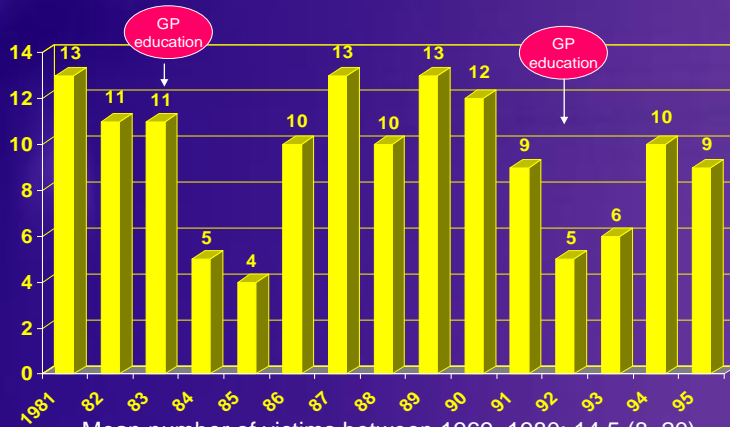
### Abstract

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

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

# 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

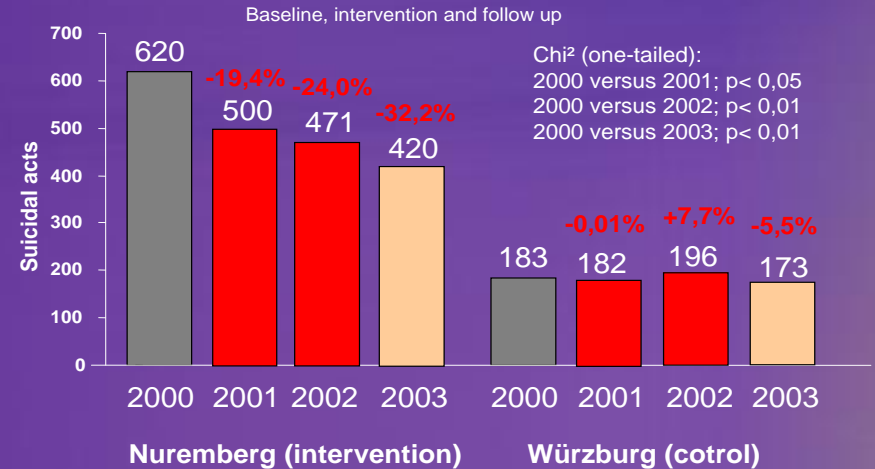
	Jamtland	Sweden
• Mean suicide rate'		
1970 - 1994	27.7	25.0
1995 - 2002	17.3	17.6
change	- 36%	- 30%
• Antidepressants''		
1995	21.6	27.5
2002	56.4	57.2
change	+ 161%	+108%

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

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

# The Nuremberg Study

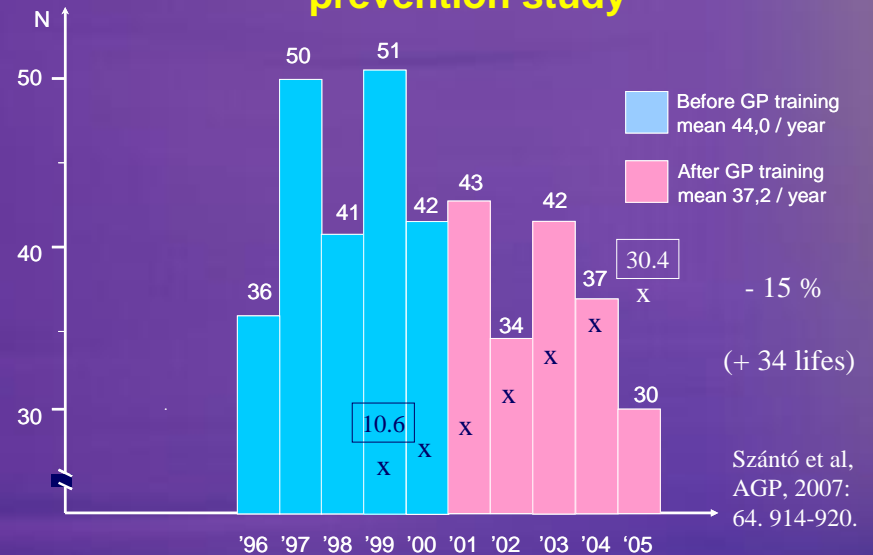
Suicidal acts, Nuremberg - Wuerzburg



Chi<sup>2</sup> (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.

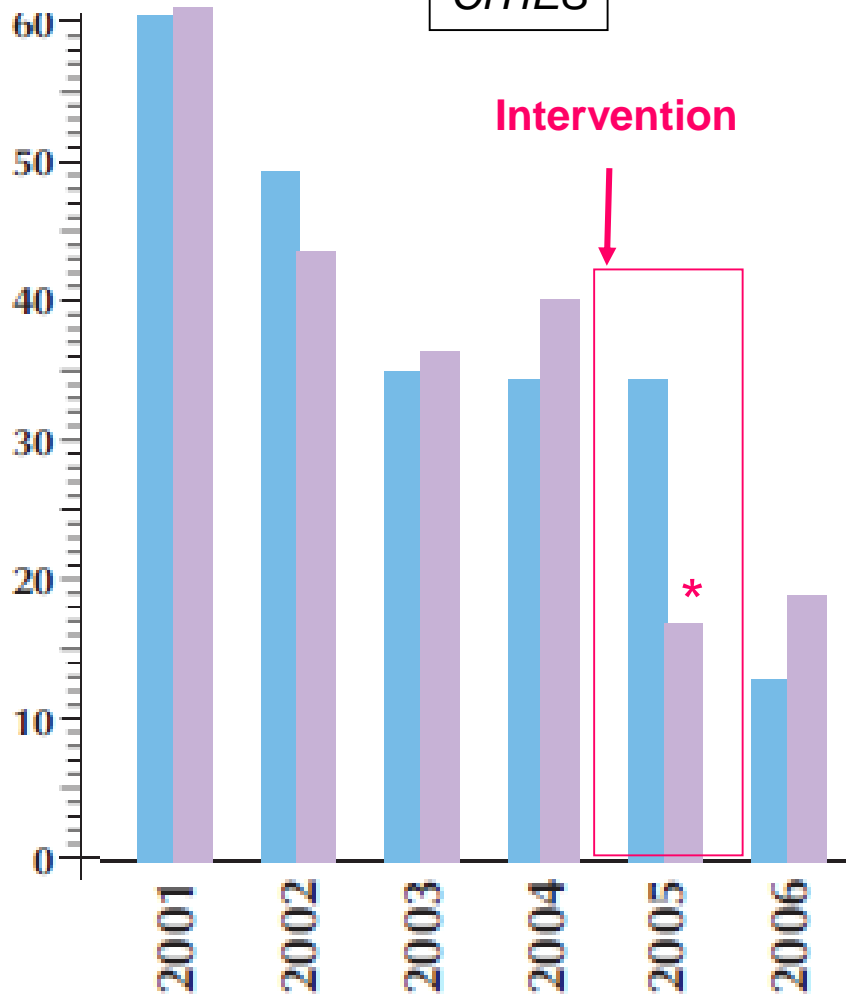


# EAAD study- Hungarian center

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

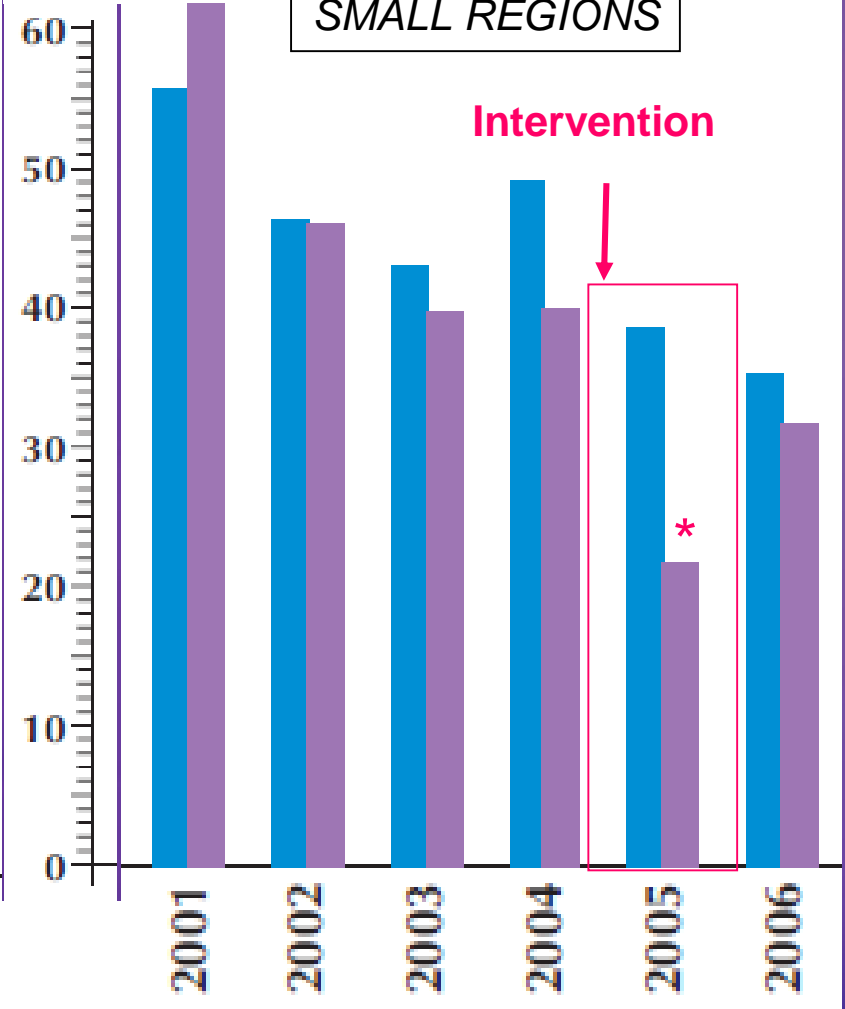
Control town ■ Cegléd  
Intervention town ■ Szolnok

CITIES

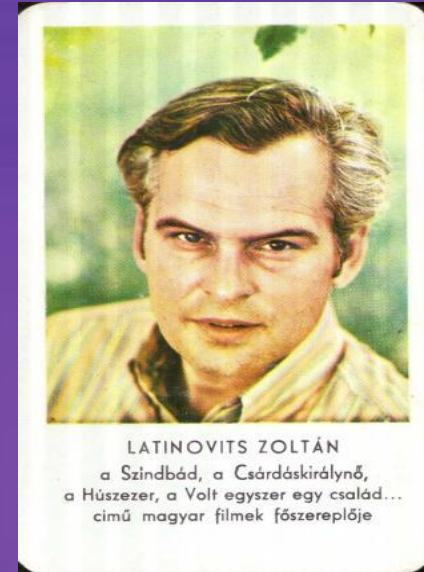
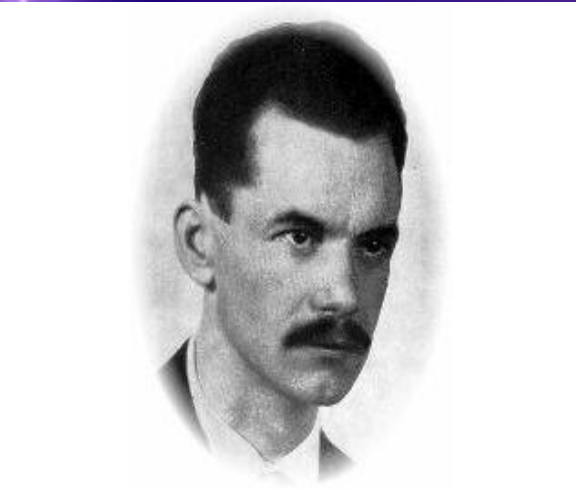


Control reg. ■ Cegléd  
Intervention reg. ■ Szolnok

SMALL REGIONS

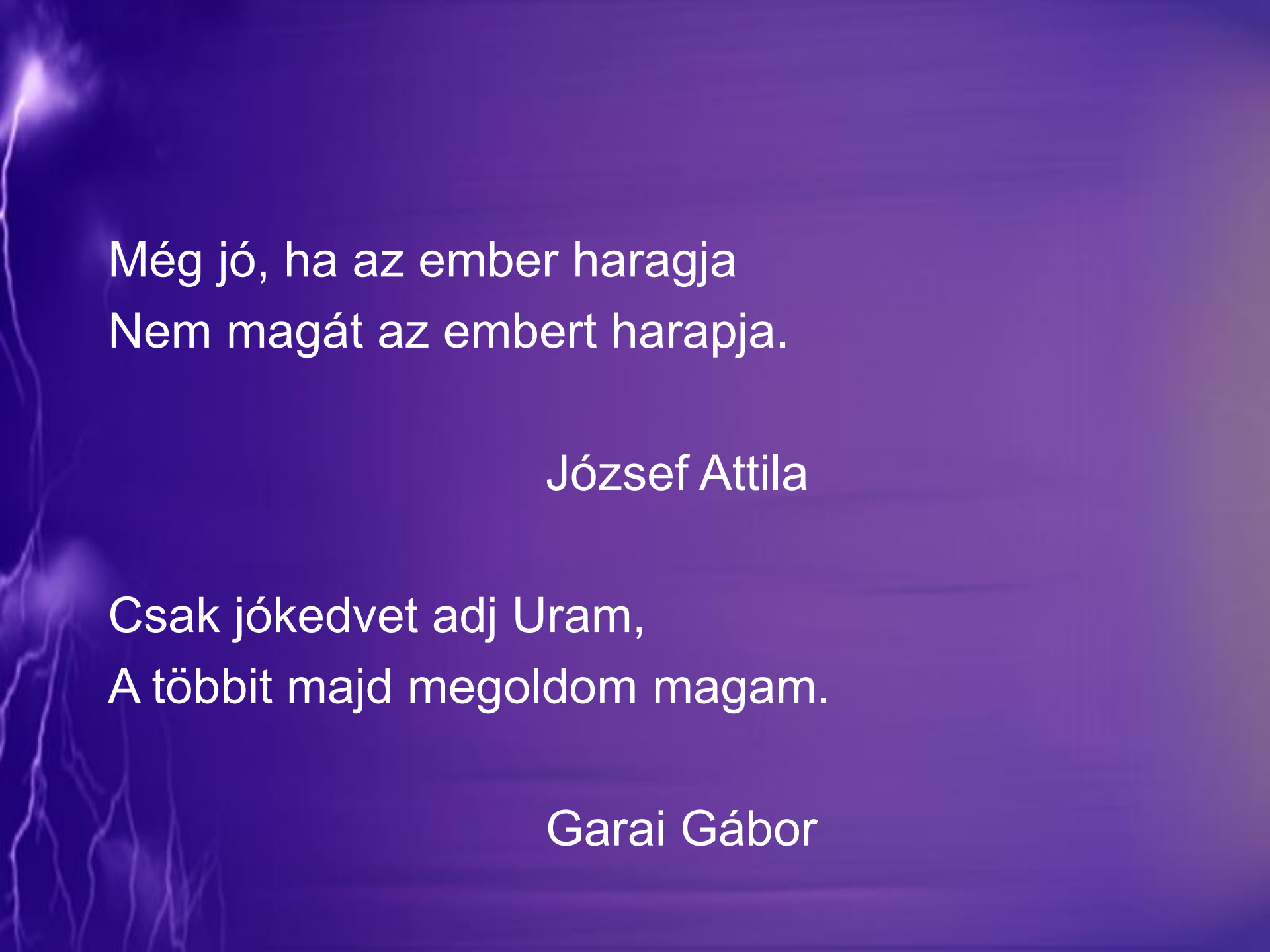


# Kreativitás és depresszió/öngyilkosság



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

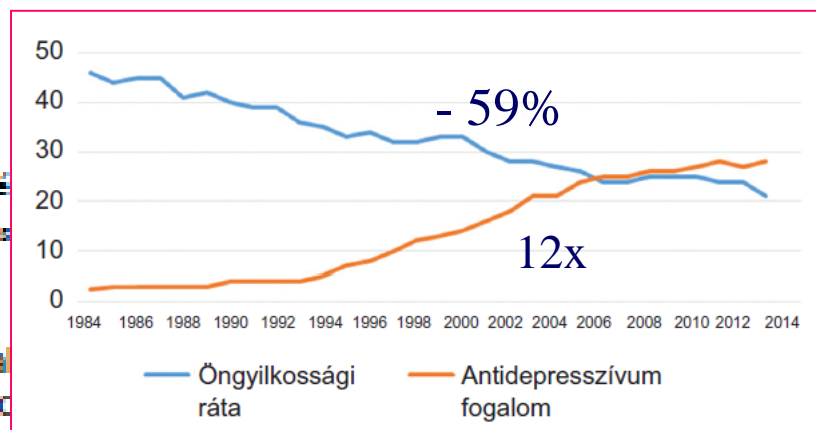
# A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása

- 1984 – 2014 -

RIHMER ZOLTÁN<sup>1,2</sup> ÉS NÉMETH ATTILA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Klinikai és Kutatási Mentálhigiéné

<sup>2</sup> Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

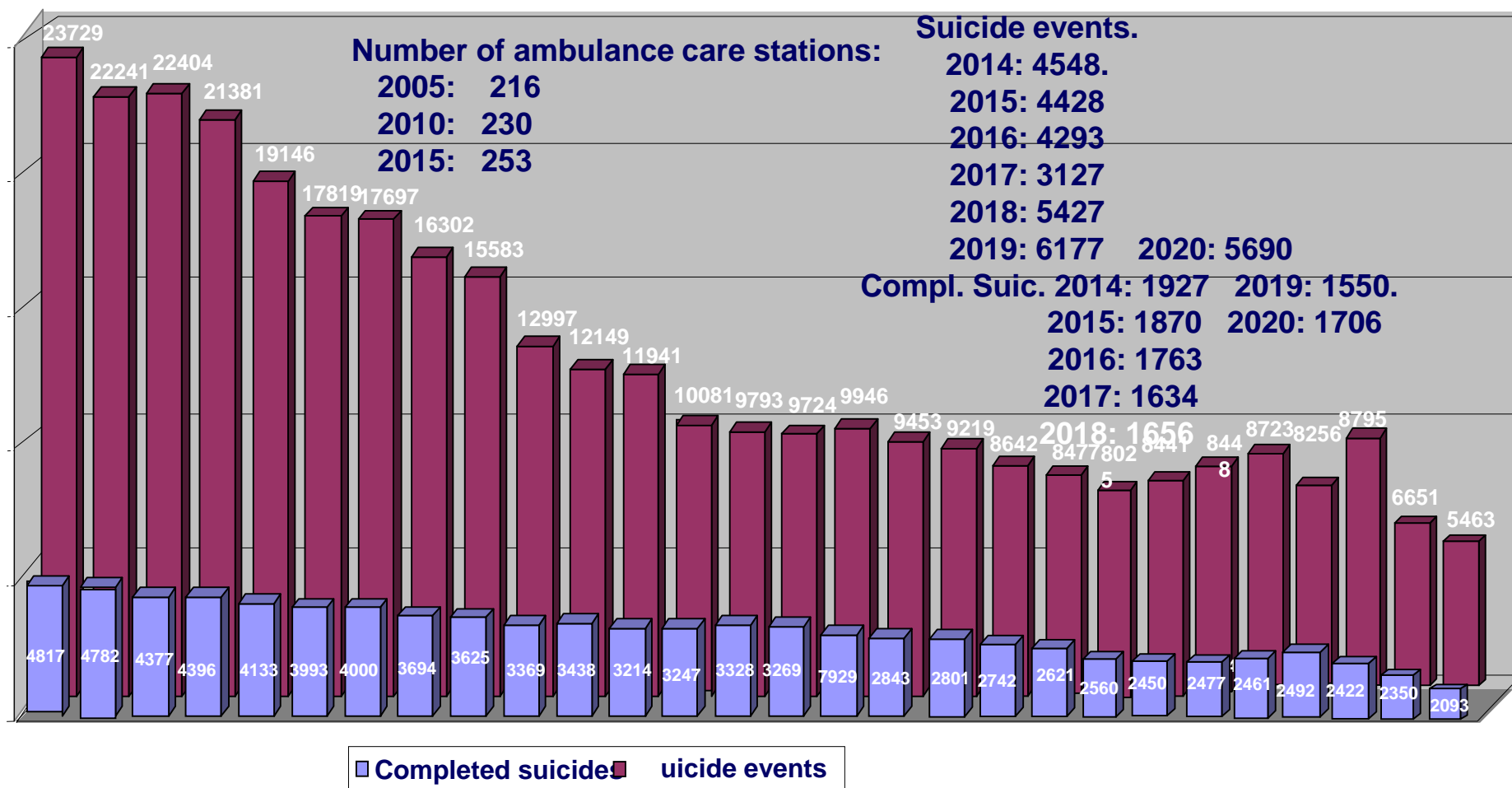


A major depresszió gyakori, de még mindig a komplikációival együtt (öngyilkosság, mások fokozott kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás) mindenütt a világon komoly népegészségügyi problémát jelent. A major depresszió a ma már rendelkezésre álló gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiák révén eredményesen 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.

# Number of suicide events (mostly attempts) in Hungary reported by National Ambulance Service 1986-2019, and number of completed suicides, 1986-2020.



Unemployment and divorce rate markedly increased after 1990, Göbl, 2013, KSH, 2017  
 number of S.O.S. tel. services, telephones, and psychiatrists also increased

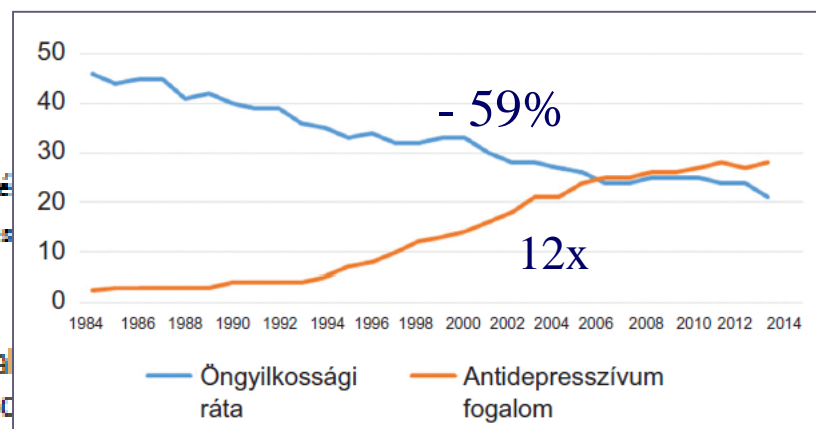
# A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása

- 1984 – 2014 -

RIHMER ZOLTÁN<sup>1,2</sup> ÉS NÉMETH ATTILA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Klinikai és Kutatási Mentálhigiéné

<sup>2</sup> Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest



A major depresszió gyakori, de még mindig alacsony a kezelési ráta (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.

Rihmer és Németh, *Neuropsychopharmacol Hung*, 2014; 16: 195-204.



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

Ricardo Gusmão<sup>1,2\*</sup>, Sónia Quintão<sup>1</sup>, David McDaid<sup>3</sup>, Ella Arensman<sup>4</sup>, Chantal Van Audenhove<sup>5</sup>, Claire Coffey<sup>4</sup>, Airi Värnik<sup>6</sup>, Pieter Värnik<sup>6</sup>, James Coyne<sup>7,8</sup>, Ulrich Hegerl<sup>9</sup>

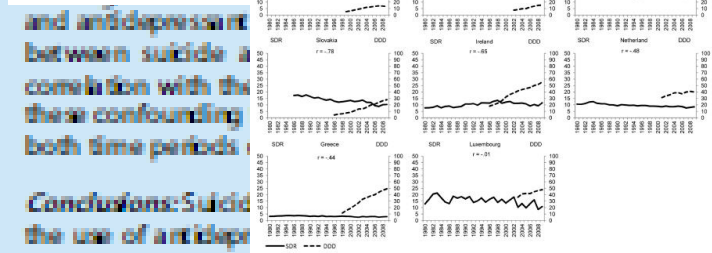
**1** CEDOC, Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal, **2** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal, **3** Personal Social Services Research Unit, LSE Health and Social Care, London School of Economics 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

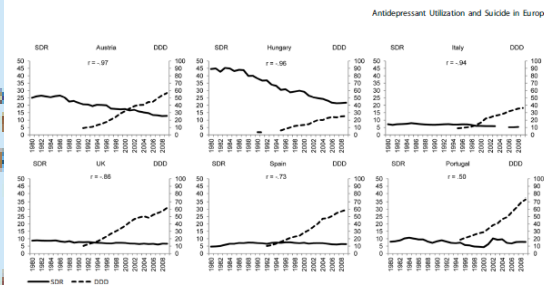
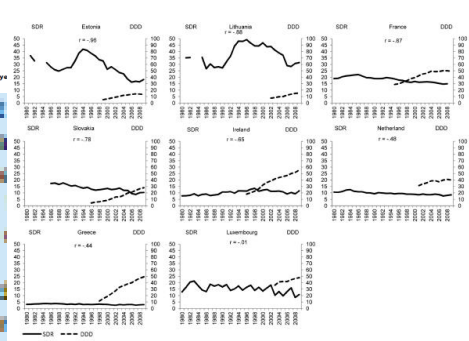
**Rarely mentioned** in research examining the association between use of antidepressant and suicide is the subject of considerable controversy. The association in Europe, adjusted for gross domestic product, is positive. We explore if any observed reduction in the use of antidepressants

in 29 European countries between 1980 and 2000 is associated with a reduction in the rate of suicide over the same period. Generalized linear mixed models were used to test for associations between antidepressant use and suicide over the period 1980–2000.

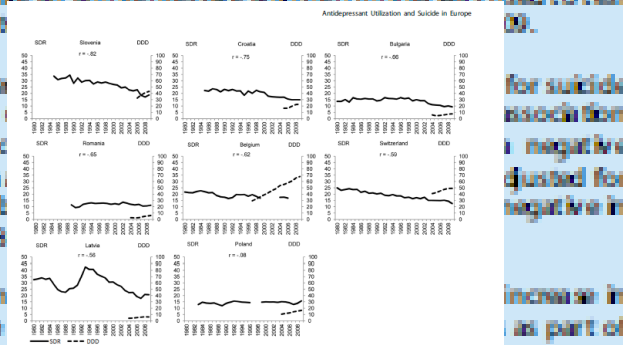
**Figure 1. Suicide and use of antidepressants, by country, more than 19 years of simultaneous data (P<sub>0.05</sub>).**  
doi:10.1371/journal.pone.0066455.g001



**Figure 2. Suicide and use of antidepressants, by country, 7 to 14 years of simultaneous data (P<sub>0.05</sub>).**  
doi:10.1371/journal.pone.0066455.g002



**Figure 4. Suicide and use of antidepressants, by country, 6 or less years of simultaneous data (P<sub>0.05</sub>).**  
doi:10.1371/journal.pone.0066455.g003



**Figure 5. Suicide and use of antidepressants, by country, 6 or less years of simultaneous data (P<sub>0.05</sub>).**  
doi:10.1371/journal.pone.0066455.g004

and antidepressant use. We found a positive association between suicide and antidepressant use in all 29 countries, with a correlation of 0.10 of antidepressant use and suicide between 1980 and 2000.

**Conclusions:** Suicide rates in Europe are not decreasing, and the use of antidepressants is increasing. This suggests that the use of antidepressants is not a routine care for people with depression.

for suicide rates. The association between antidepressant use and suicide is negative in all 29 countries, adjusted for gross domestic product. This suggests that the use of antidepressants is not a routine care for people with depression.



- Az öngyilkosok 60-70%-a aktuálisan major depressziós
- Közülük sokan nem kapnak (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 csökkenésthze 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 mentális betegség) eredményesebb kezelése

Köszönöm a figyelmet !