

OSPI-Europe: Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe

EU-7 2009-2011

Hungarian coordinator Maria Kopp,
MD, PhD.

Institute of Behavioural Sciences
Semmelweis University

www.magtud.sote.hu

Klinikai fakultáció

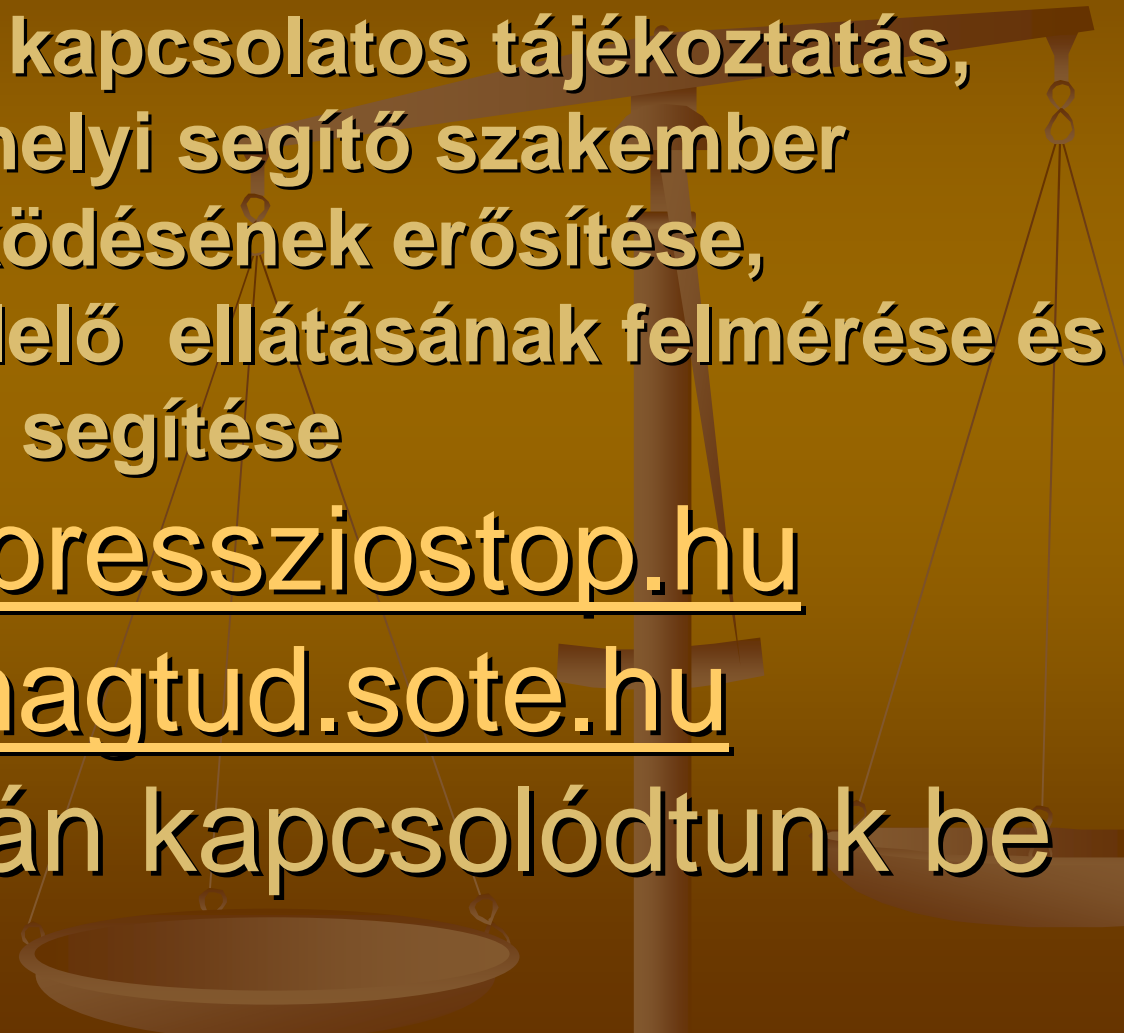
2010. február 16.

“Európai szövetség a depresszió ellen”
(European Alliance Against Depression,
EAAD)

www.depressziostop.hu

DEPRESSZIÓ





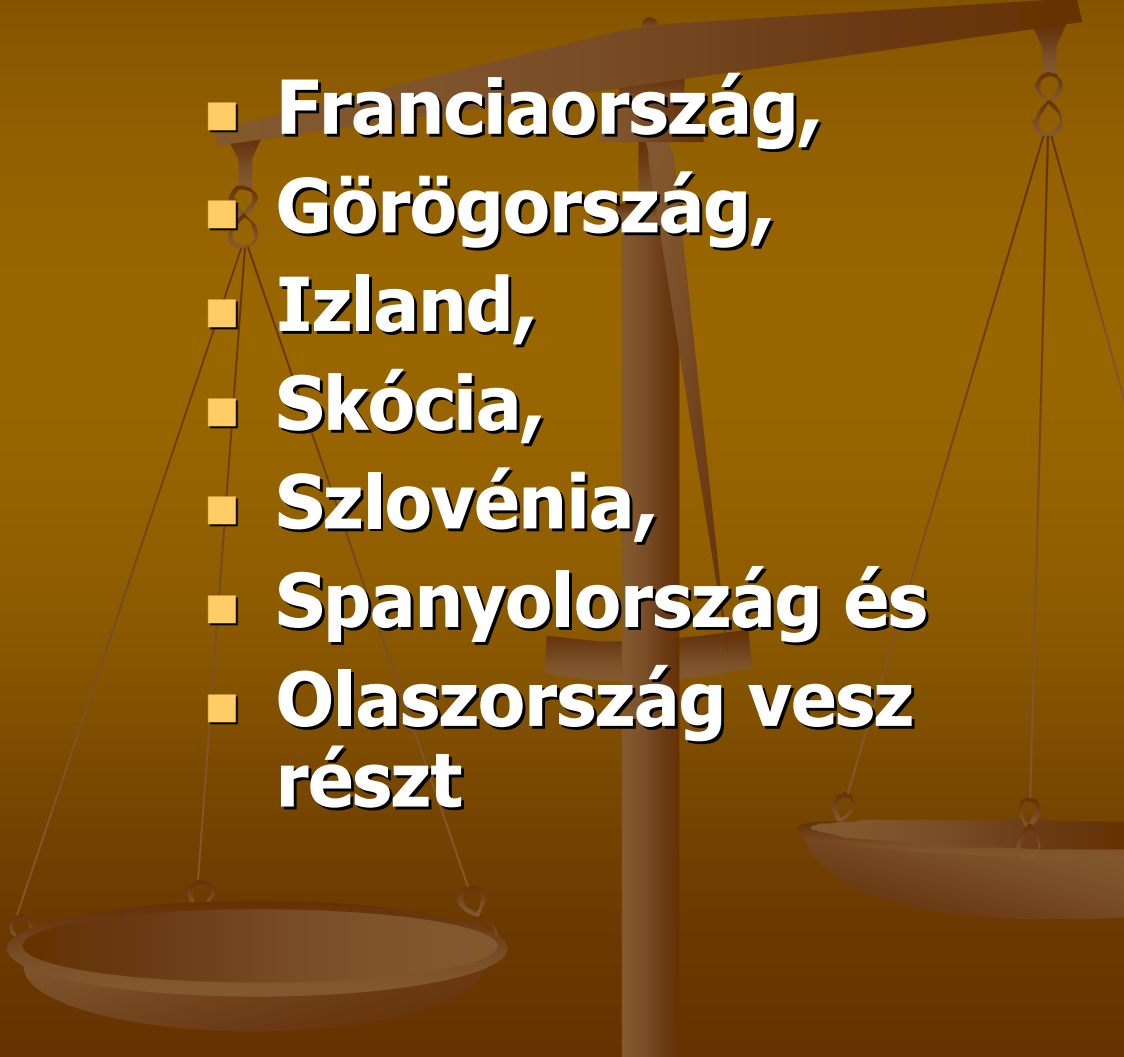
Fő cél a depresszió és az öngyilkossági
veszélyeztetettség felismerése,
a depresszióval kapcsolatos tájékoztatás,
valamennyi helyi segítő szakember
együttműködésének erősítése,
a rászorulóknak megfelelő ellátásának felmérése és
segítése

www.depressziostop.hu

www.magtud.sote.hu

2005. tavaszán kapcsolódtunk be

A program fő szervezője Németország, Magyarországon kívül még:

- Írország,
 - Portugália,
 - Anglia,
 - Észtország,
 - Belgium,
 - Ausztria,
 - Finnország,
 - Franciaország,
 - Görögország,
 - Izland,
 - Skócia,
 - Szlovénia,
 - Spanyolország és
■ Olaszország vesz
rész
- 

“Nürnbergi szövetség a depresszió ellen”

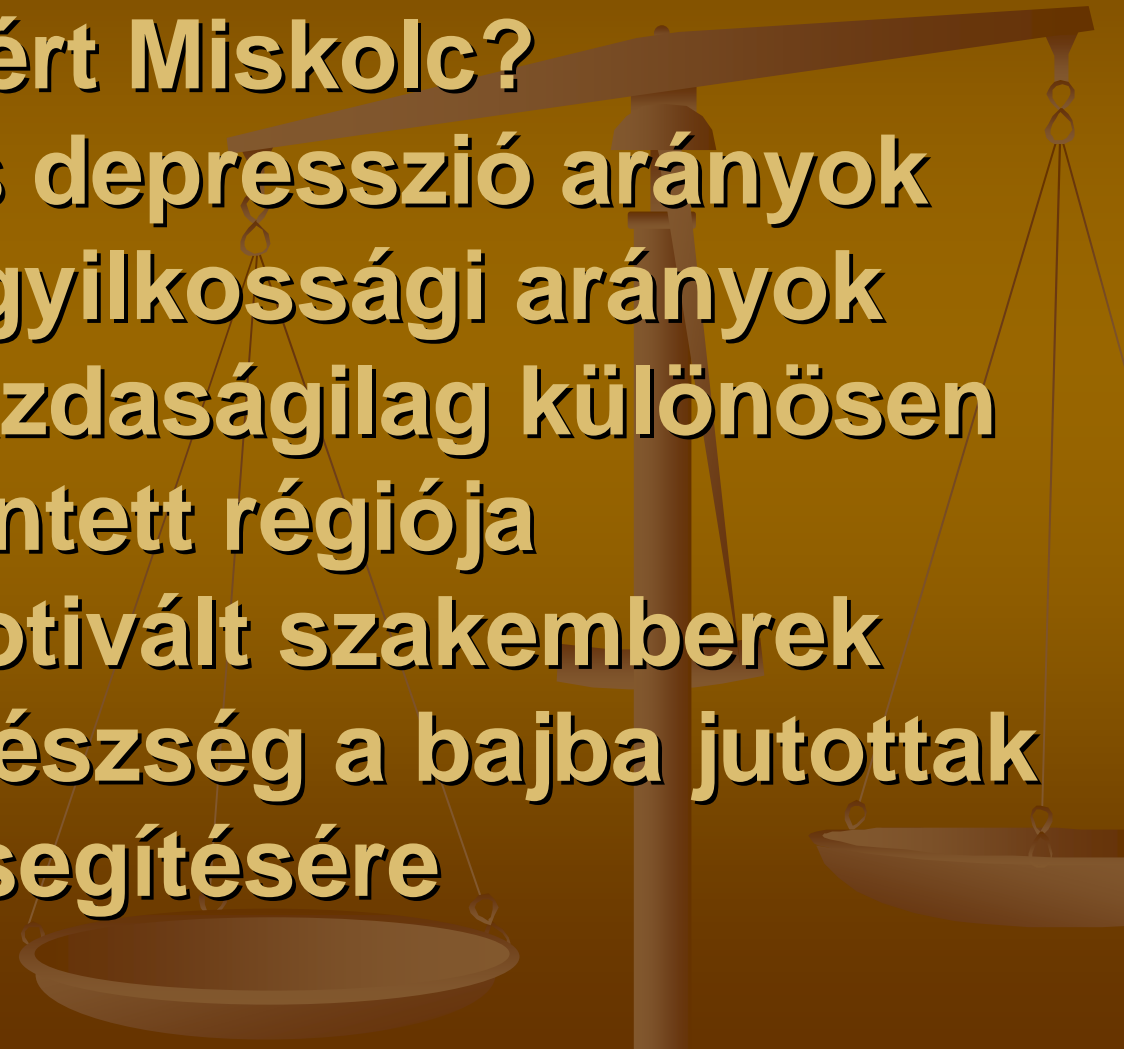
- Valamennyi segítő összefogására épülő hálózat kialakítása,
 - valódi közösségi alapú program,
 - civil szervezetek, médiumok bevonása
- A németországi vizsgálatok eredményei szerint az öngyilkossági magatartás szignifikáns mértékben csökkent a nürnbergi régióban és
 - az öngyilkossággal, depresszióval kapcsolatos attitűdök jelentősen változtak.

Résztevők:

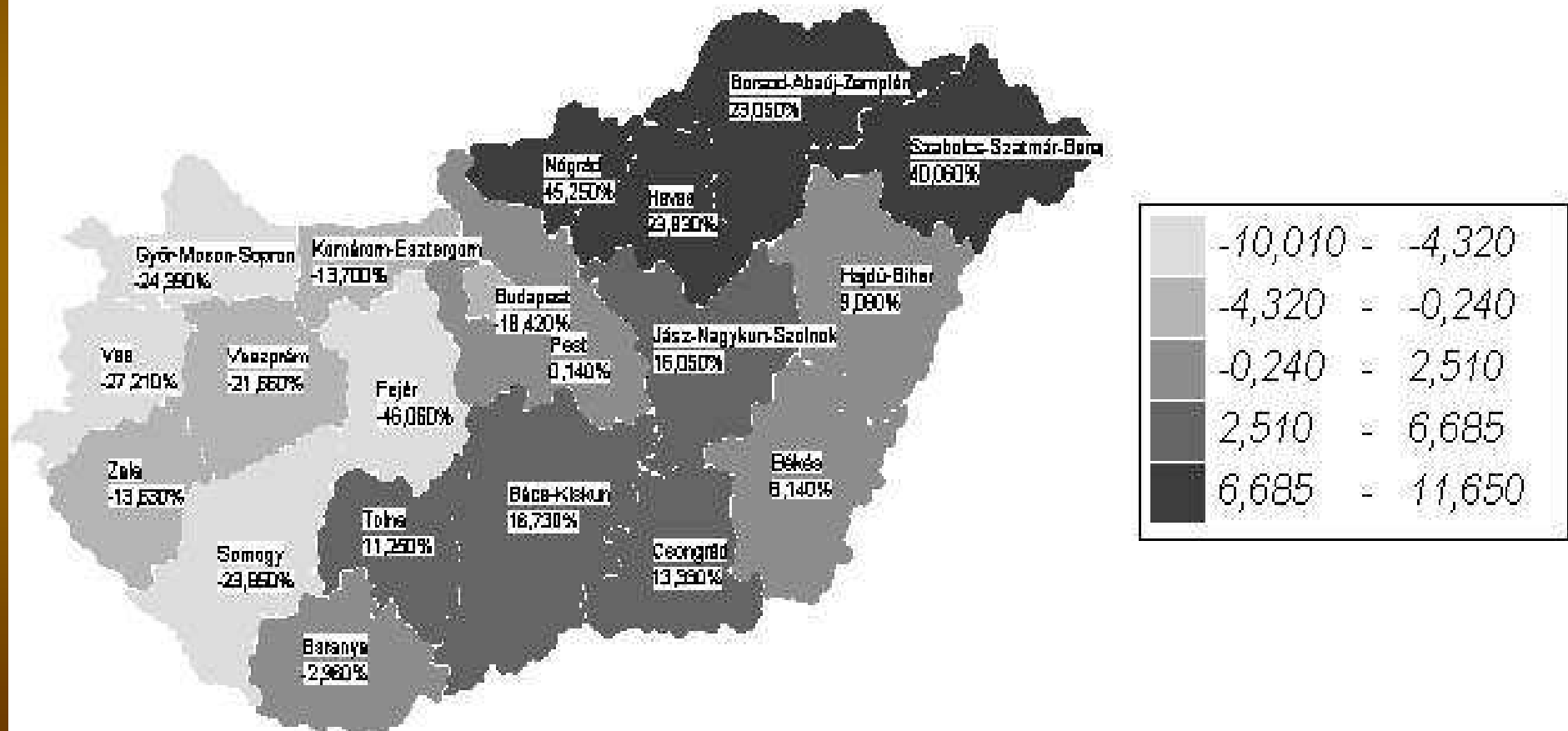
- Németország, fő szervező Prof Ulrich Hegerl, Lipcsei Egyetem Pszichiátria
- Közösségi alapú programok:
 - Németország, Portugália, Írország, Magyarország.
- Elméleti háttér kidolgozása:
 - Hollandia, Anglia, Svédország, Litvánia, Szlovénia.

**2010-ben indul a program Miskolcon,
18 hónapig tart
Miért Miskolc?**

**Igen magas depresszió arányok
Magas öngyilkossági arányok
Az ország gazdaságilag különösen
érintett régiója
Kitűnő, motivált szakemberek
Kiemelkedő készség a bajba jutottak
segítésére**

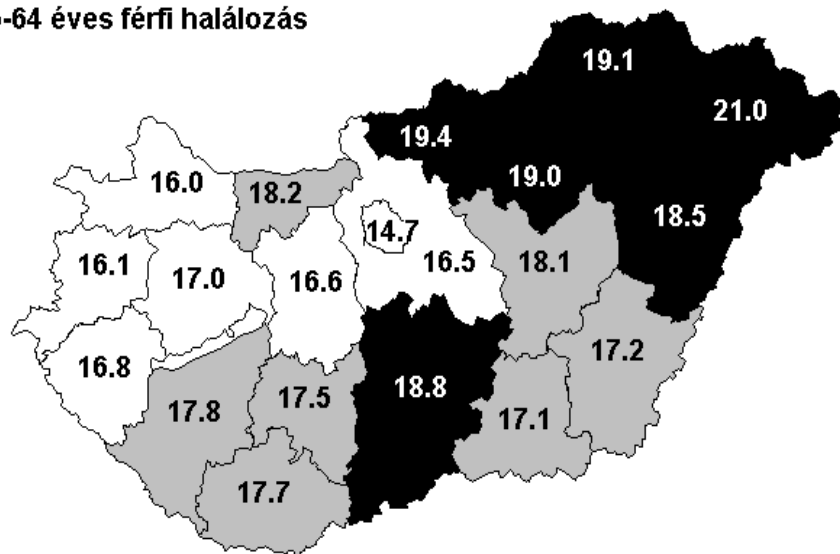


*Klinikai depr. - BDI legalább közepes
Eltérés az átlagtól (százalék)
Átlag:0,134 SE:0,003 F:4,851 Sig.:0,000*

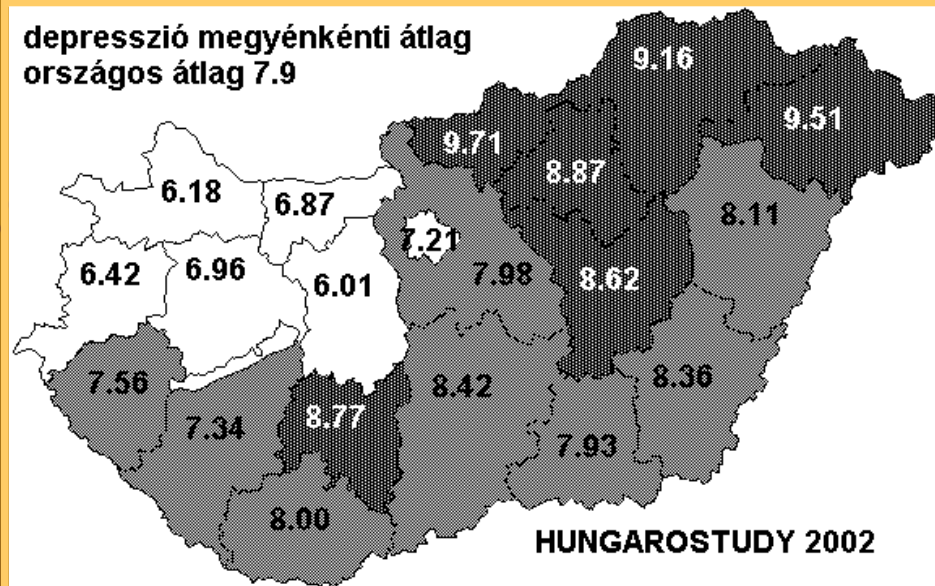


A középkorú férfi halálozás és a depressziós tünetegyüttes megyei átlagértékei

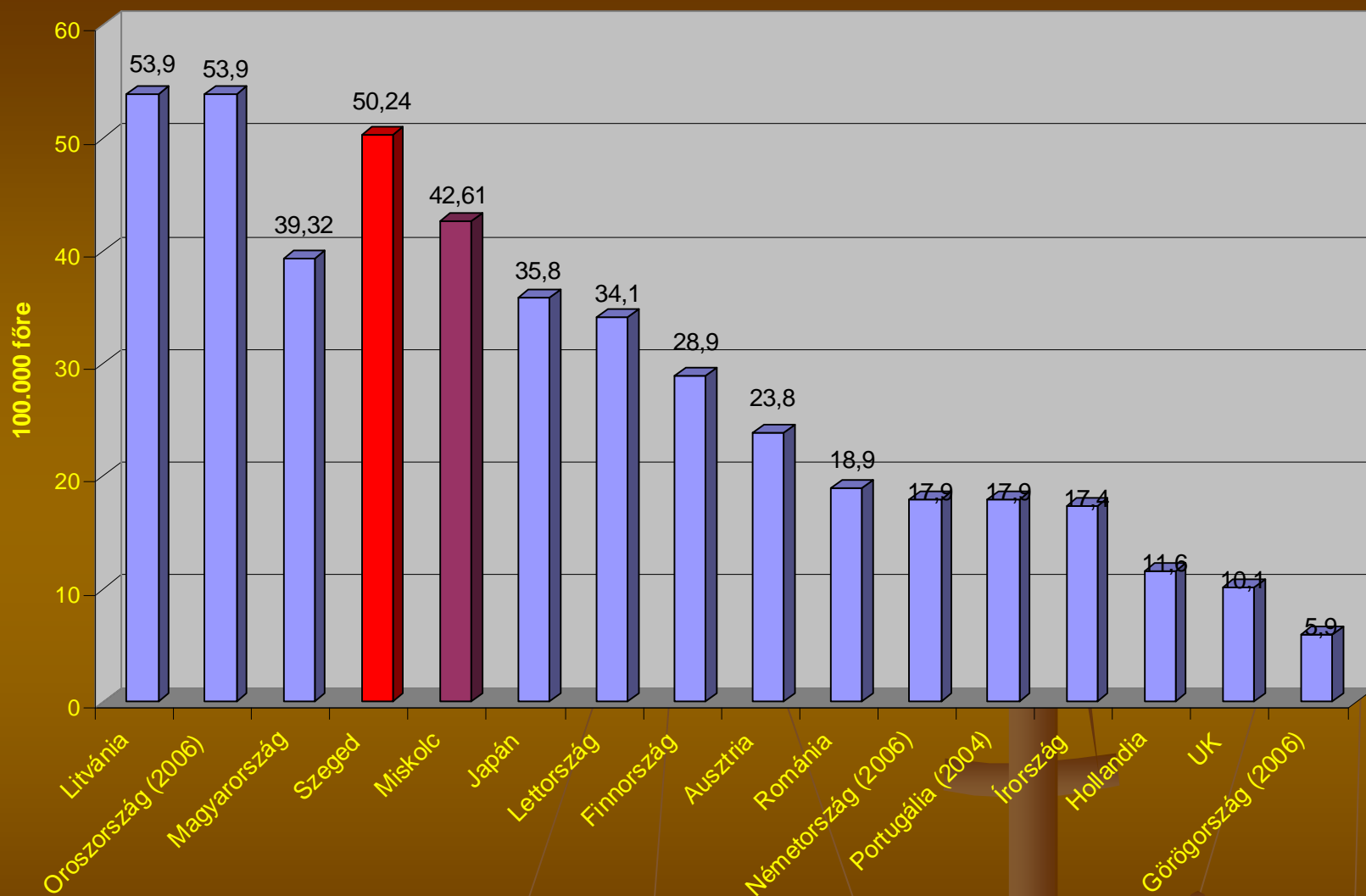
45-64 éves férfi halálozás



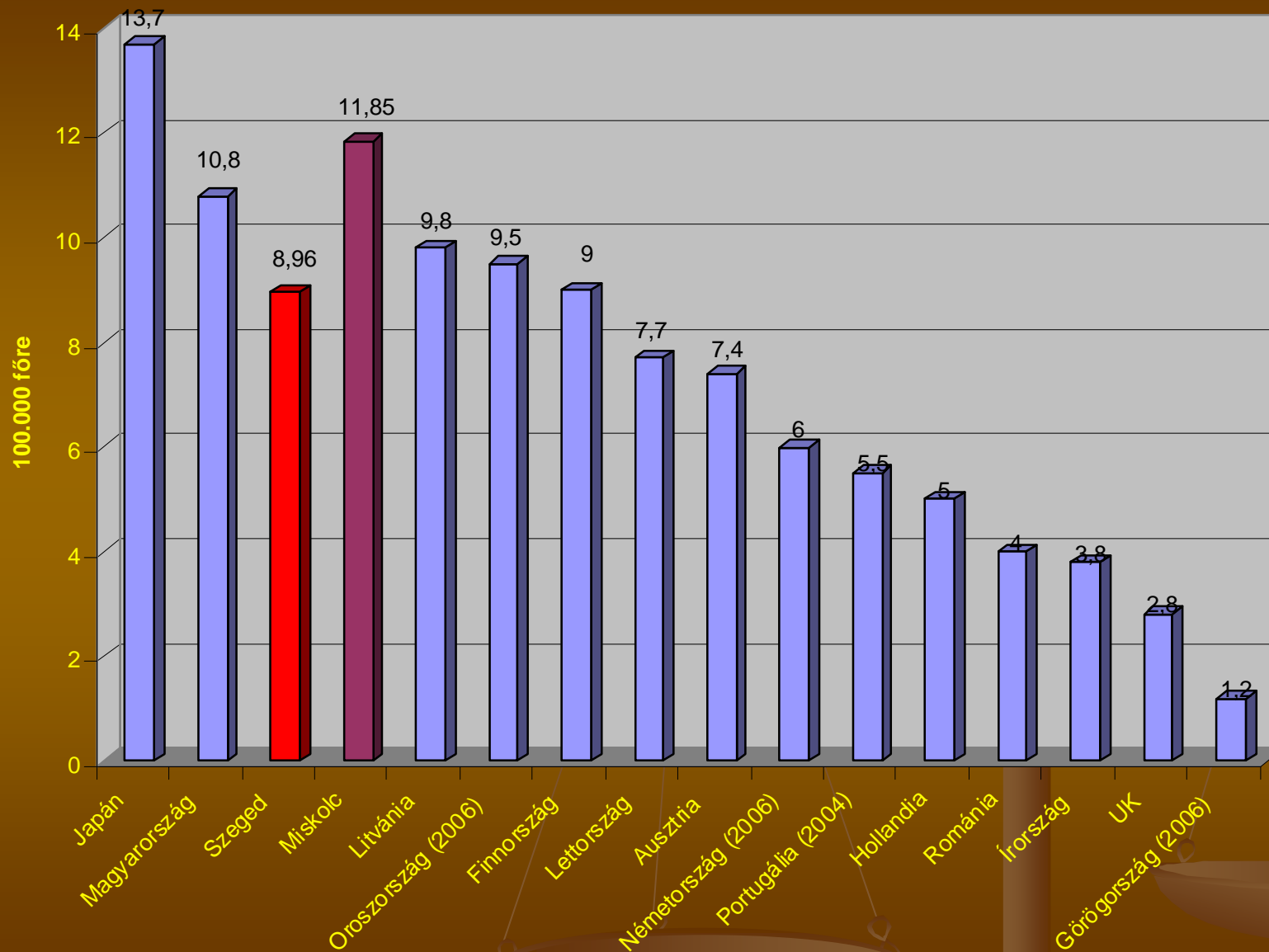
depresszió megyénkénti átlag
országos átlag 7.9



Férfi öngyilkosságok aránya 2007-ben



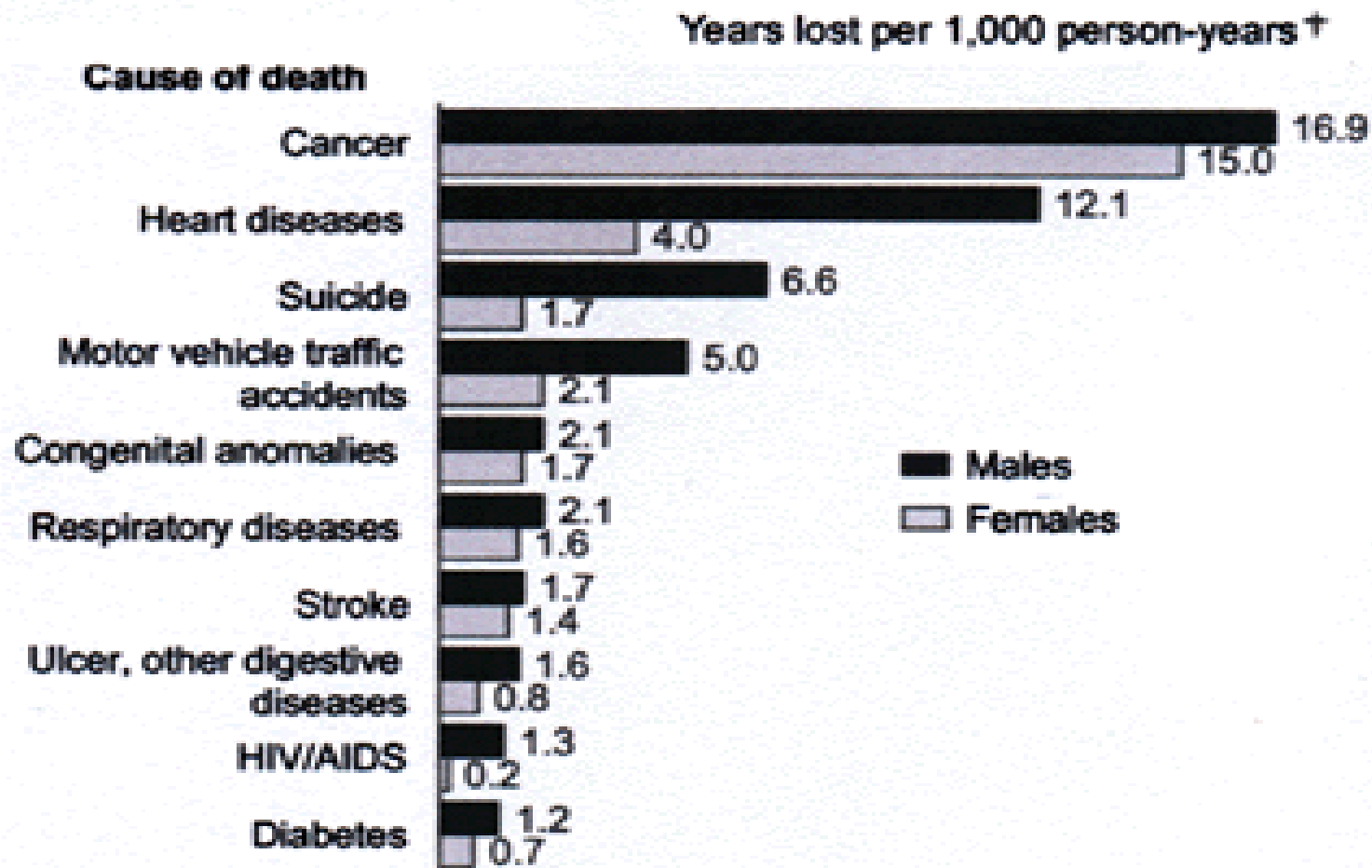
Női öngyilkosságok aránya 2007-ben



Az öngyilkosság multifaktoriális eredetű

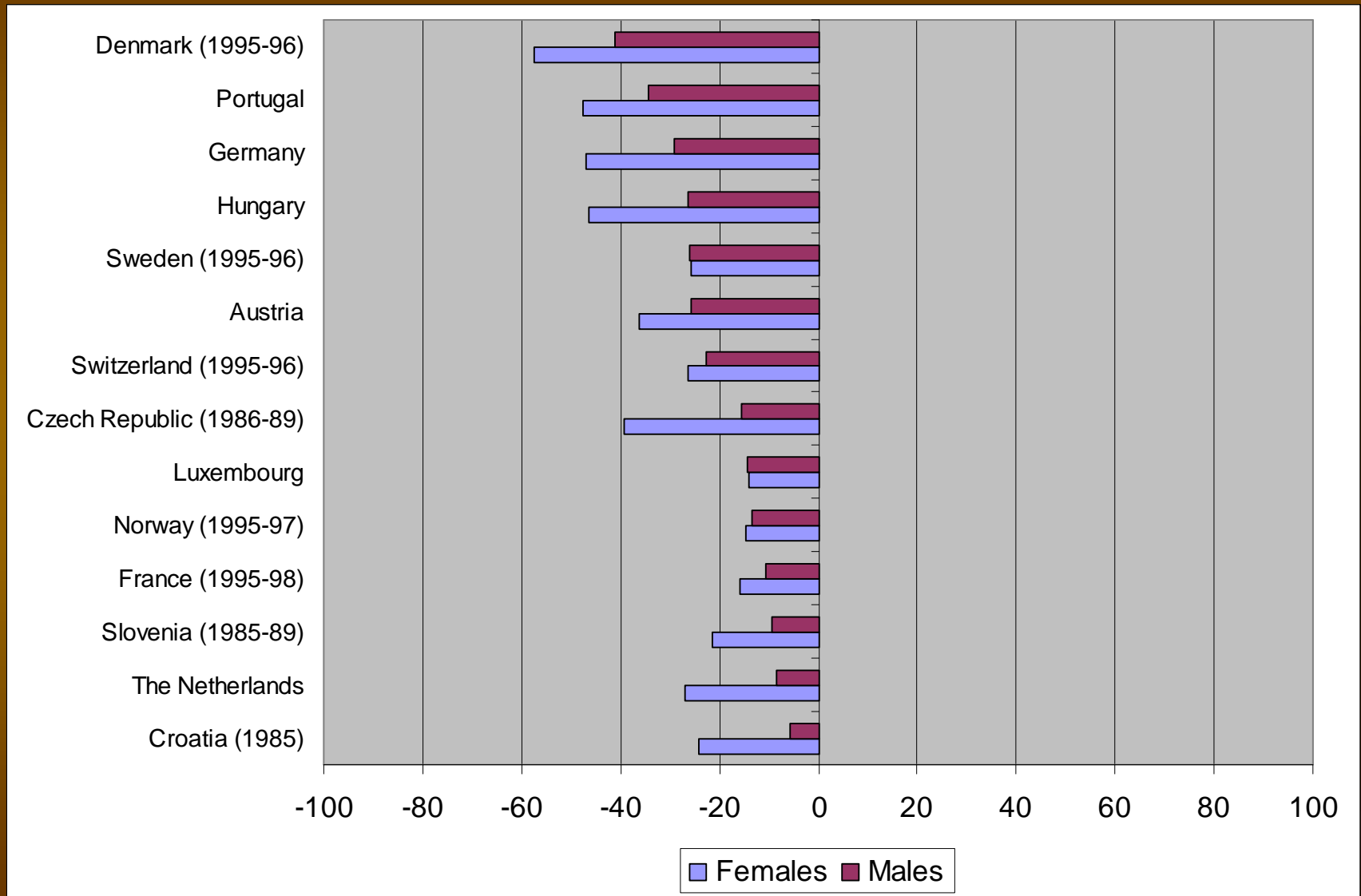


Rate of potential years of life lost (PYLL) before age 75, selected causes of death, 1997

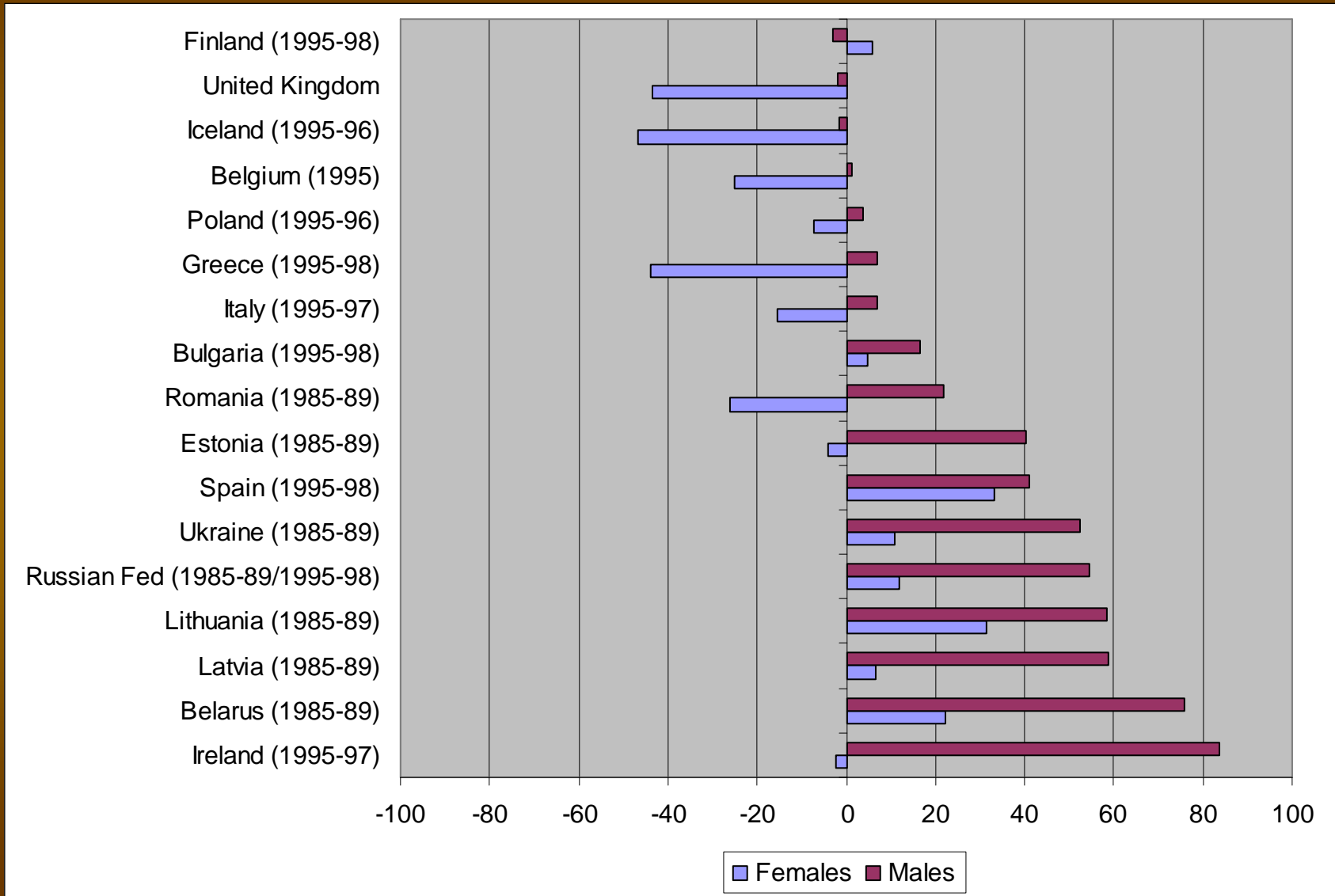


*Data source: Canadian Vital Statistics Database
† Standardized to 1997 Canadian population*

Trends in aged-standardized death certification rates for suicide in Europe I. 1995-99 vs. 1980-84



Trends in aged-standardized death certification rates for suicide in Europe II. 1995-99 vs. 1980-84




Mental disorders in case of suicide in young people

Disorder	No. diagnoses	% cases
Mood disorders	376	42.1
Substance-related disorders	365	40.8
Disruptive behavior disorders	186	20.8
Personality disorders	104	11.6
Adjustment disorder	97	10.9
Anxiety/somatoform disorder	68	7.6
Schizophrenia	44	4.9
Other <i>DSM</i> Axis I diagnoses	42	4.7
Other psychotic disorders	21	2.3
Organic mental disorders	4	0.4
No diagnosis	102	11.4

Note. The principal diagnosis was used in the following three articles: Asgard (1990), Dudley et al. (1998), and Runeson (1989). In all other articles, multiple diagnoses were made. Because of multiple diagnoses, the number of diagnoses exceeded the number of cases (1,409 diagnoses were made in 894 cases). *DSM* = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Psychiatric diagnoses as risk factors for completed suicide in young people under 30 years

Compared to those without a diagnosis of mental disorder



Major depression	20-27
Substance abuse	5-10
Conduct disorder	6-11
Disruptive disorder	2-4
Personality disorder	13
Anxiety disorder	11

Melyek a fő célok?

Az öngyilkossági kísérletek és a végzetes öngyilkosságok arányának jelentős – legalább 50 %-os - csökkentése

A depressziós tünetektől szenvedők minél korábbi felismerése és segítése

A krízishelyzetben lévők hatékony segítése

Miért van erre szükség?

A WHO vizsgálatai alapján a 15-től 44 éves korosztályban a depressziós megbetegedések járulnak hozzá legnagyobb mértékben a betegségek és halálozás okozta évveszteséghez.

2020-ra a depresszió lesz a világon a második leggyakoribb tartós munkaképesség-csökkenést okozó megbetegedés (a szív- és érrendszeri betegségek után).

Folytonosság a biológiai eredetű depresszió és a környezeti hatásokra kialakuló depressziós tünetegyüttes között, mindkettőnek ugyanolyan súlyos következményei vannak

A gazdasági válság következtében igen sokan kerülnek súlyos krízishelyzetbe

Ma Magyarországon a lelki egészségvédő és megelőző hálózat gyakorlatilag nem működik, a még működő központok bezárása – csak annak jut kezelés, aki megfizeti.

Mental Health: New understanding, new hope, The World Health Report 2001, WHO, Geneva, Kopp MS (Advisory Group member, Central Eastern-European representative)

Európai perspektíva:

1999. London: Royal Society of Medicine, a WHO és az Egészségpénztárak nemzetközi szervezete (International Federation of Health Funds)

Depression, Social and Economic Timebomb

2001, Brüsszel, EU elnökség:

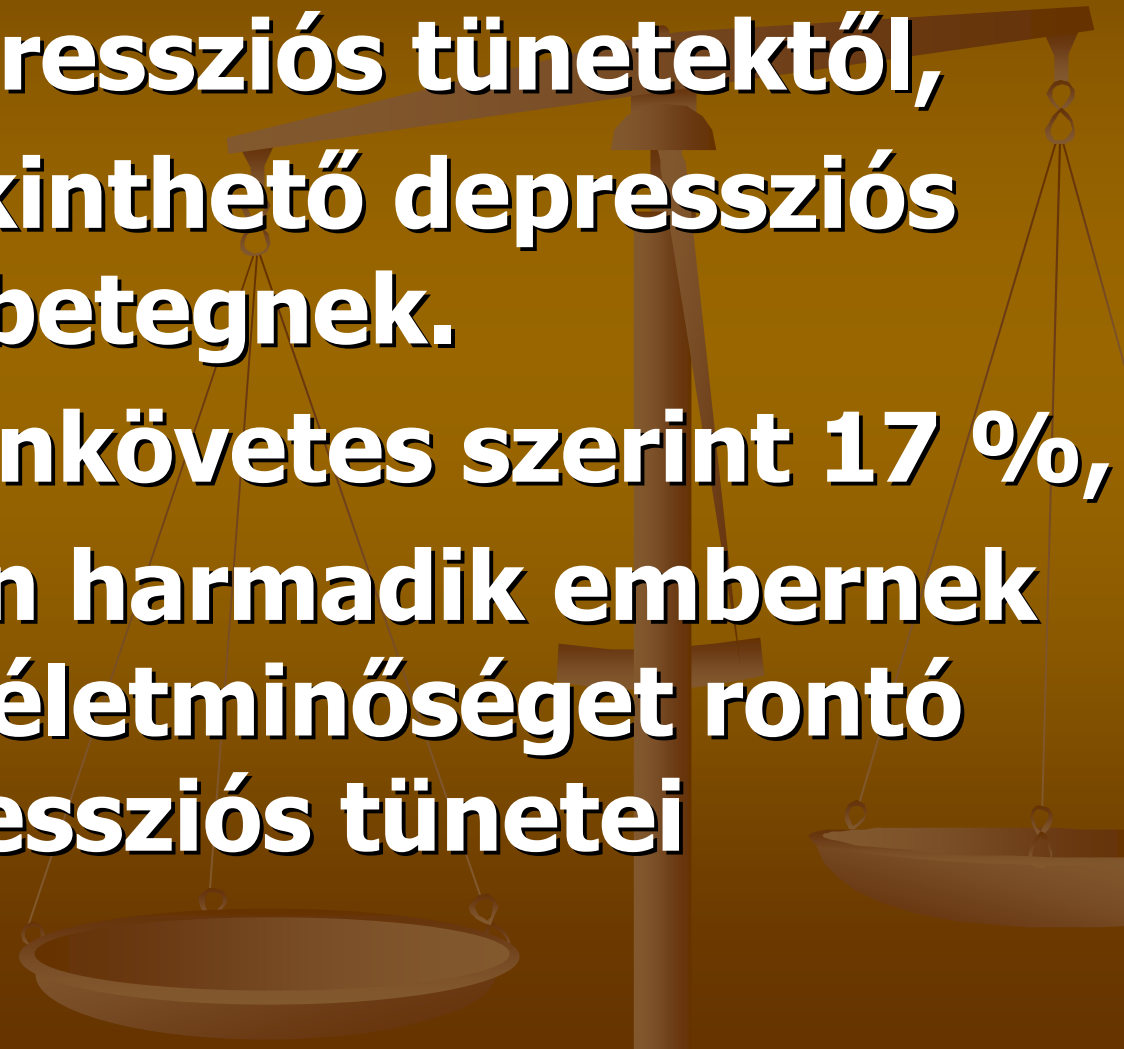
Coping with Stress and Depression in European Perspectives

2002, Budapest:

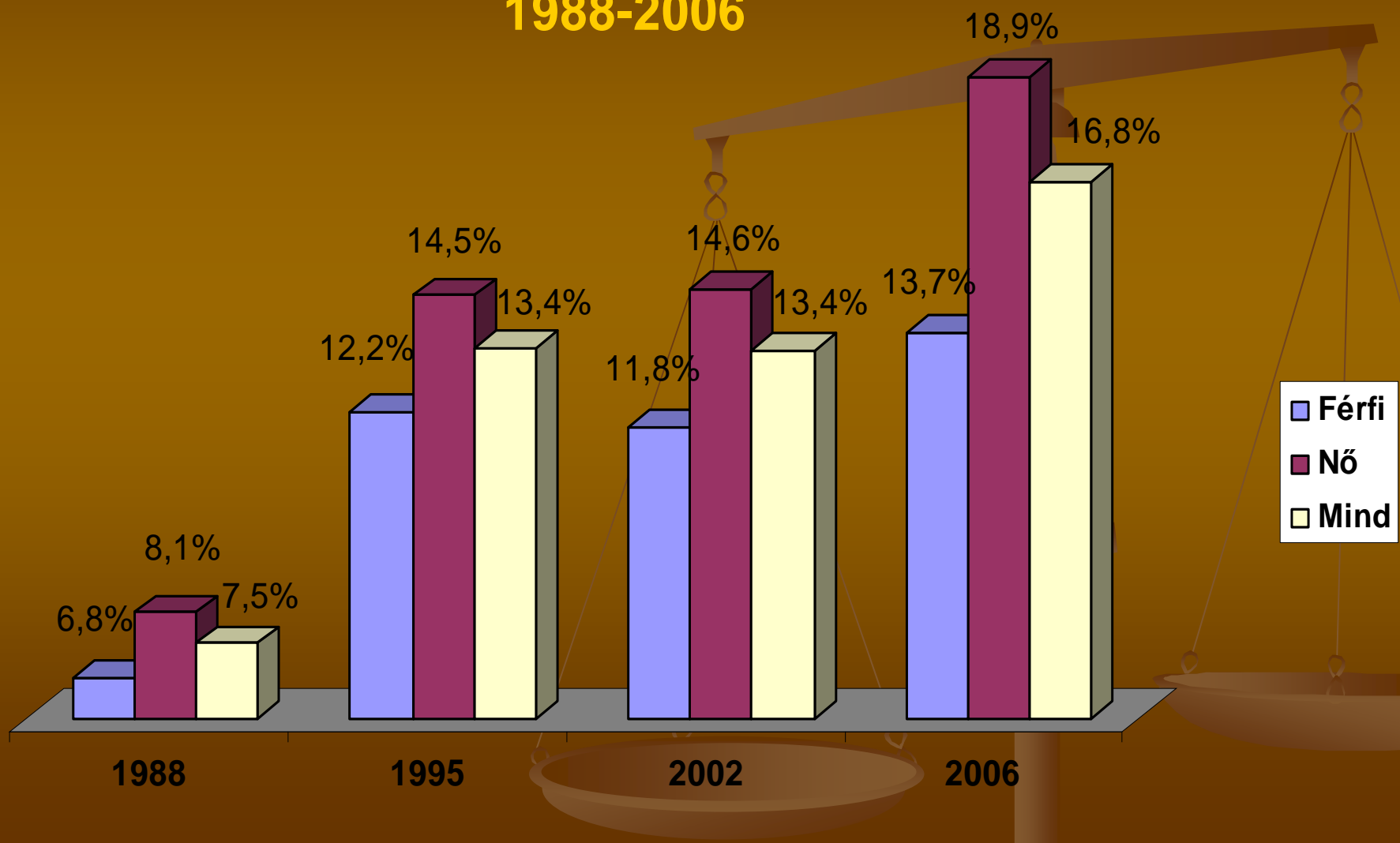
WHO Task Force on Depression and Stress Related Disorders

2009, Stockholm, Budapest

Az EU svéd elnökség szervezésében EU/WHO konferenciák a gazdasági válság lelki következményeiről ill. a depresszió és öngyilkosság megelőzéséről

- 
- **2002: A népesség 7,6%-a szenved súlyos depressziós tünetektől,**
 - **13,4 % tekinthető depressziós betegnek.**
 - **A 2006-os utankövetés szerint 17 %,**
 - **közel minden harmadik embernek vannak az életminőséget rontó depressziós tünetei**

Kezelésre szoruló depressziós tünetegyüttes előfordulásának gyakorisága Magyarországon 1988-2006



A depressziós tünetegyüttes változása a Hungarostudy 2006 követéses mintában:

- 2002-ben 13.5 % volt a kezelésre szoruló depresszió (BDI 18 felett) aránya,
- mind a teljes népeiséget képviselő mintában, mind azok között, akik beleegyeztek az utánkövetésbe,
- 2006-ra ez az arány 17 %-ra, 3.5 %-kal emelkedett.
- Az életkor legfeljebb 1 %-ot magyaráz
- A férfiak között 2002-ben 12 % volt a közepesen súlyos és súlyos depressziósok aránya, ez az arány 2006-ban, ugyanazok között a férfiak között, 14 %-ra emelkedett,
- a nők esetében ez az arány 2002-ben 15 % volt, 2006-ban 19 %.

Melyek az ezen célok elérését segítő fő eszközök?

- **Helyi védőháló kialakítása valamennyi segítő szakember bevonásával, információ adással, attitűd felméréssel és változtatással,**
- **valamennyi helyi segítő szakember - háziorvosok, pszichológusok, szociális munkások, pedagógusok, lelkészek, védőnők, tanárok, média szakemberek, lelki elsősegély szakemberek, tanácsadók, geriatriai gondozó személyzet, rendőrök, gyógyszerészek, más segítőik képzése és együttműködésük erősítése,**
- **A depresszió és az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésének segítése,**
- **a depresszióval kapcsolatos lakossági tájékoztatás és destigmatizáció, attitűd változtatás,**
- **a rászorulóknak megfelelő ellátásának felmérése és segítése,**
- **nagy kockázatú csoportok felismerése és segítése (munkanélküliek, gyászolók, más krízisben lévő csoportok),**
- **veszélyes helyek védelme**

Oktató anyagok lefordítása, adaptálása:

- Videó anyagok (páciensek és hozzátartozók számára),
- oktatási csomagok pszichiáterek, házi orvosok, pszichológusok, pedagógusok, lelkészek, védőnők, média munkatársak, geriátriai szakemberek és más segítő foglalkozásúak számára,
- szűrőeszközök battéria összeállítása a depressziós tünetegyüttes, öngyilkossági magatartás, attitűdök vizsgálatára,
- anyagok a nyilvános kampányhoz,
- irányelvek a tömegkommunikációs eszközök számára, az öngyilkosságokról szóló tájékoztatásról,
- Média bevonása, mozireklám.

Közösségi segítő, képzők képzése

- **Közösségi facilitátorok képzése**
 - Depresszió veszélyének, kockázatának felismerése, lehetséges teendők
 - 3 órás képzések
 - Alapvető ismeretek, megadott tematika, segédanyag alapján.
- **Képzők képzése**
 - 8 órás képzés, tematika ismertetése.
 - Azokat várjuk, akik vállalják a rövid képzések megtartását.
 - Szakmai segítséget nyújtunk szervezésben, képzésben.
- **Jelentősége: fenntarthatóság!**

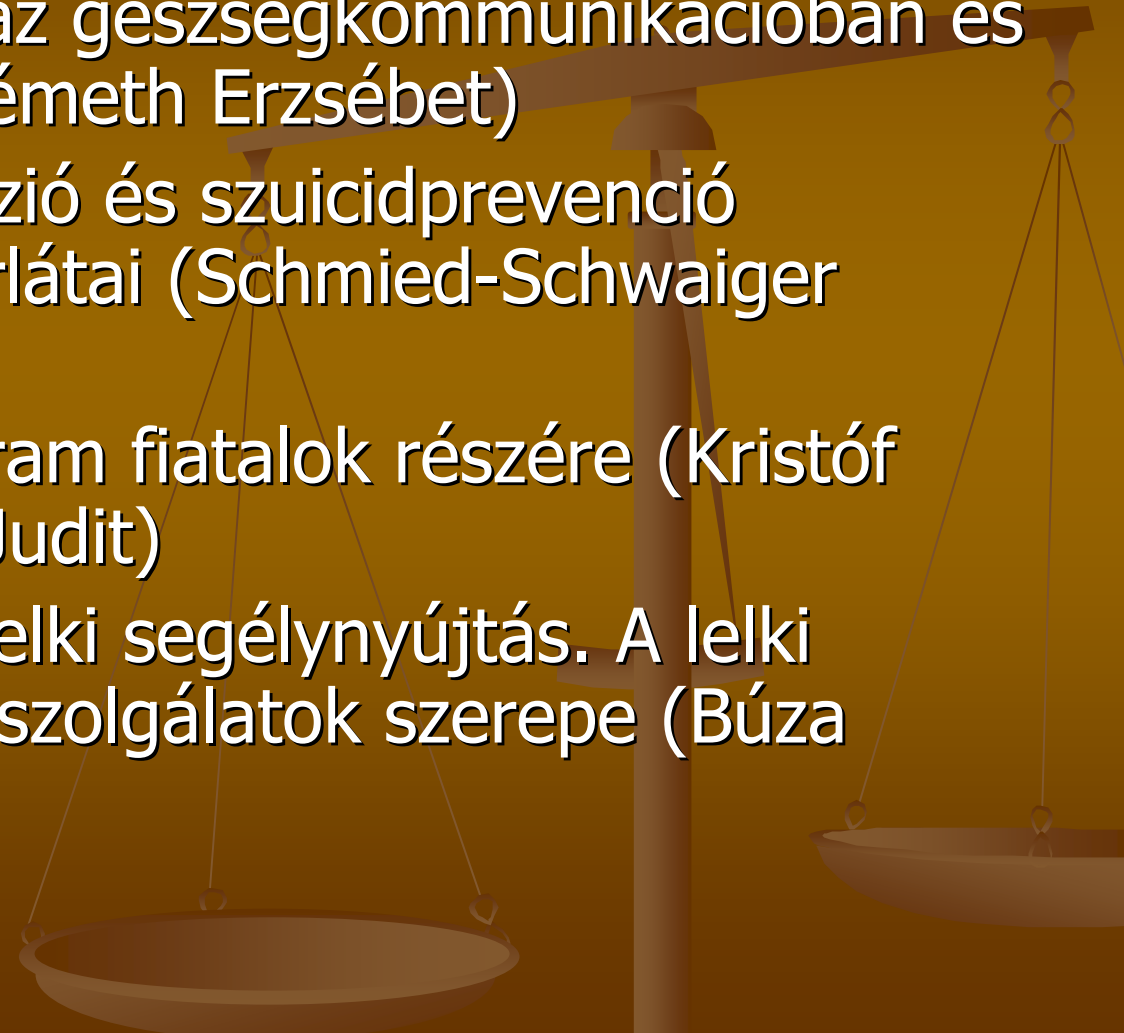


Összefogás a depresszió ellen kötet

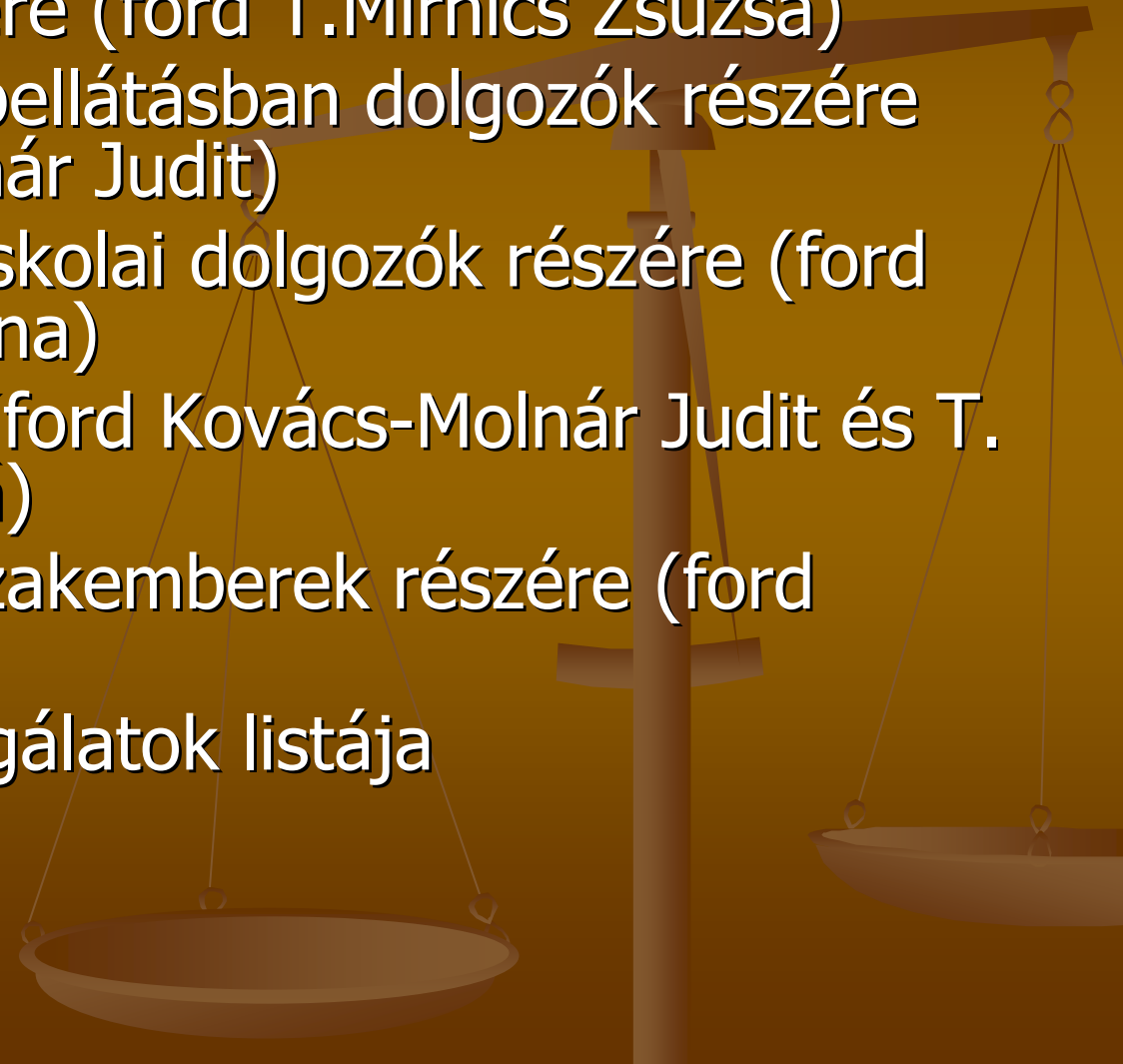
Kézikönyv segítő foglalkozásúak számára

- Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007.
- Szerkesztő: Csépe Andrea
- Áttekintés a hazai EAAD programról (Kopp Mária, Csépe Andrea)
- Hazai depresszió körkép:
 - A depresszió területi megoszlása (Székely András, Purebl György)
 - A depresszióval és öngyilkossággal kapcsolatos lakossági attitűdök (Susánszky Éva, Hajnal Ágnes, Szirtes mária)

Az EAAD első lépcsője hazánkban:

- A média szerepe az egészségkommunikációban és megelőzésben (Németh Erzsébet)
 - Az iskolai depresszió és szuicidprevenció lehetőségei és korlátai (Schmied-Schwaiger Zsuzsanna)
 - Anti-.stigma program fiatalok részére (Kristóf Júlia, Harangozó Judit)
 - Krízismegelőzés, lelki segélynyújtás. A lelki elsősegély telefonszolgálatok szerepe (Búza Domonkos)
- 

WHO anyagok az öngyilkosság, depresszió megelőzése

- Háziorvosok részére (ford T.Mirnic Zsuzsa)
 - Egészségügyi alapellátásban dolgozók részére (ford Kovács-Molnár Judit)
 - Pedagógusok és iskolai dolgozók részére (ford T.Mirnic Zsuzsanna)
 - Túlélő csoportok (ford Kovács-Molnár Judit és T. Mirnic Zsuzsanna)
 - Útmutató médiaszakemberek részére (ford T.Mirnic Zsuzsa)
 - A Lelkisegély szolgálatok listája
 - szóróanyagok
- 

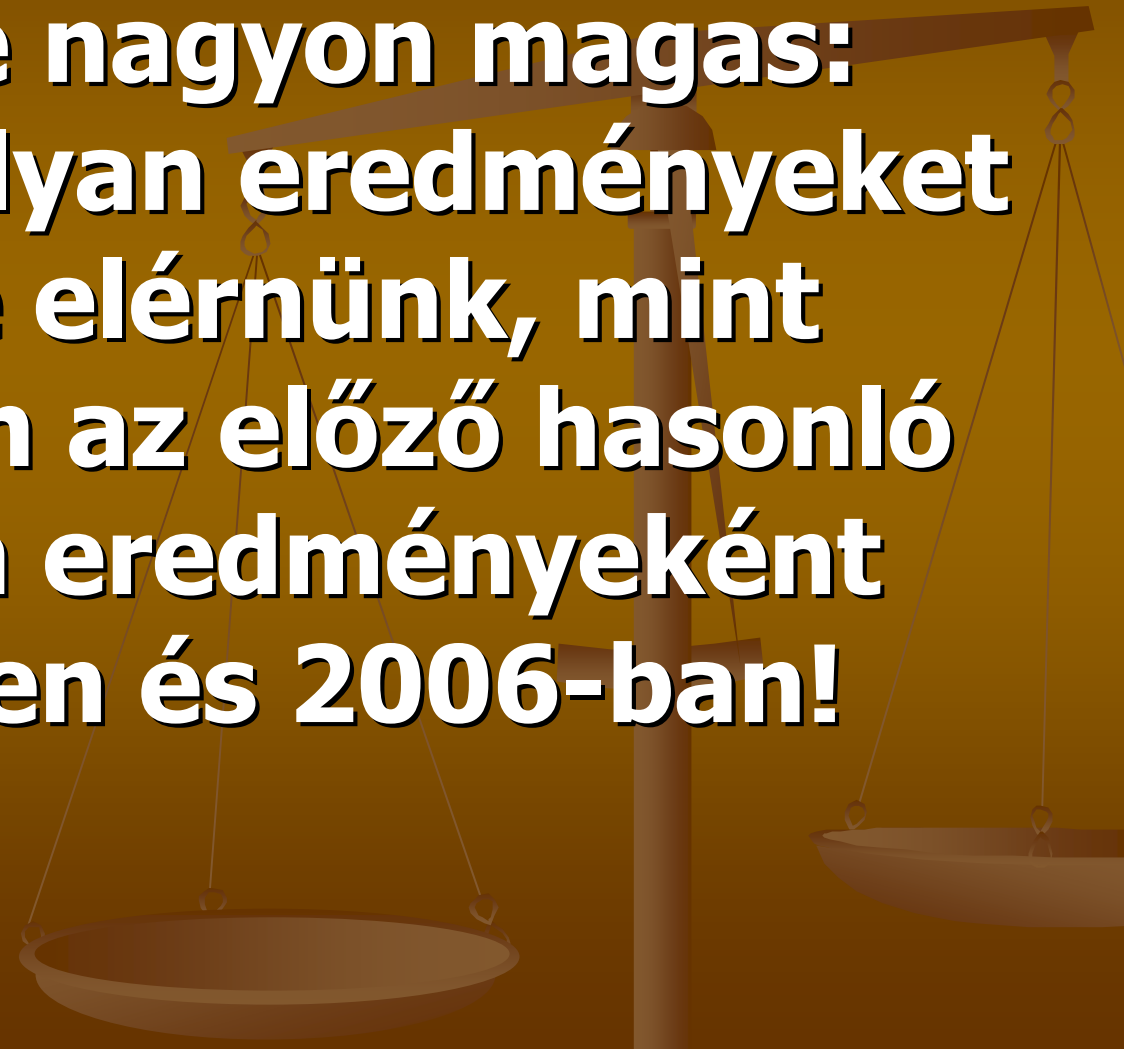
A depressziót gyakran nem ismerik fel

Mert...

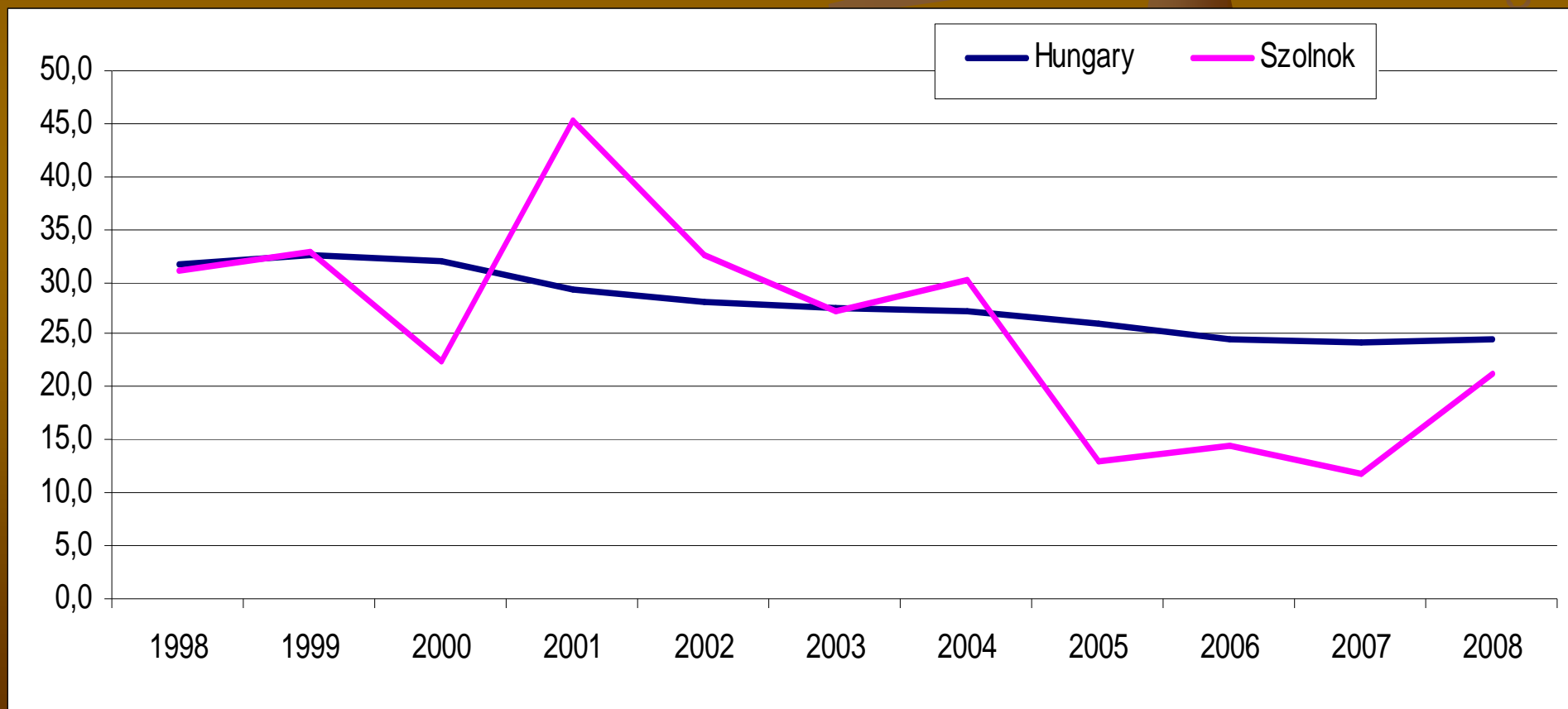
- Nem tekintik súlyos betegségnek.
- Maguk az érintettek sem ismerik fel saját depressziójukat.
- A testi tünetek gyakran elfedik a depressziót.
- A családorvosoknak sokszor nincs elég idejük és ismeretük a depresszió felismerésére. Nem ismerik a szűrési módszereket.
- A közösségi segítők gyakran nem ismerik fel a depressziót (pedagógusok, lelkészek, más segítők).
- A depressziós tünetektől szenvedők ritkán keresik fel az elató rendszert (szégyenkezés, stigmától való félelem, információhiány tartja vissza őket).

Beck Depresszió kérdőív (BDI) rövidített változata (Kopp és mtsai,1995)

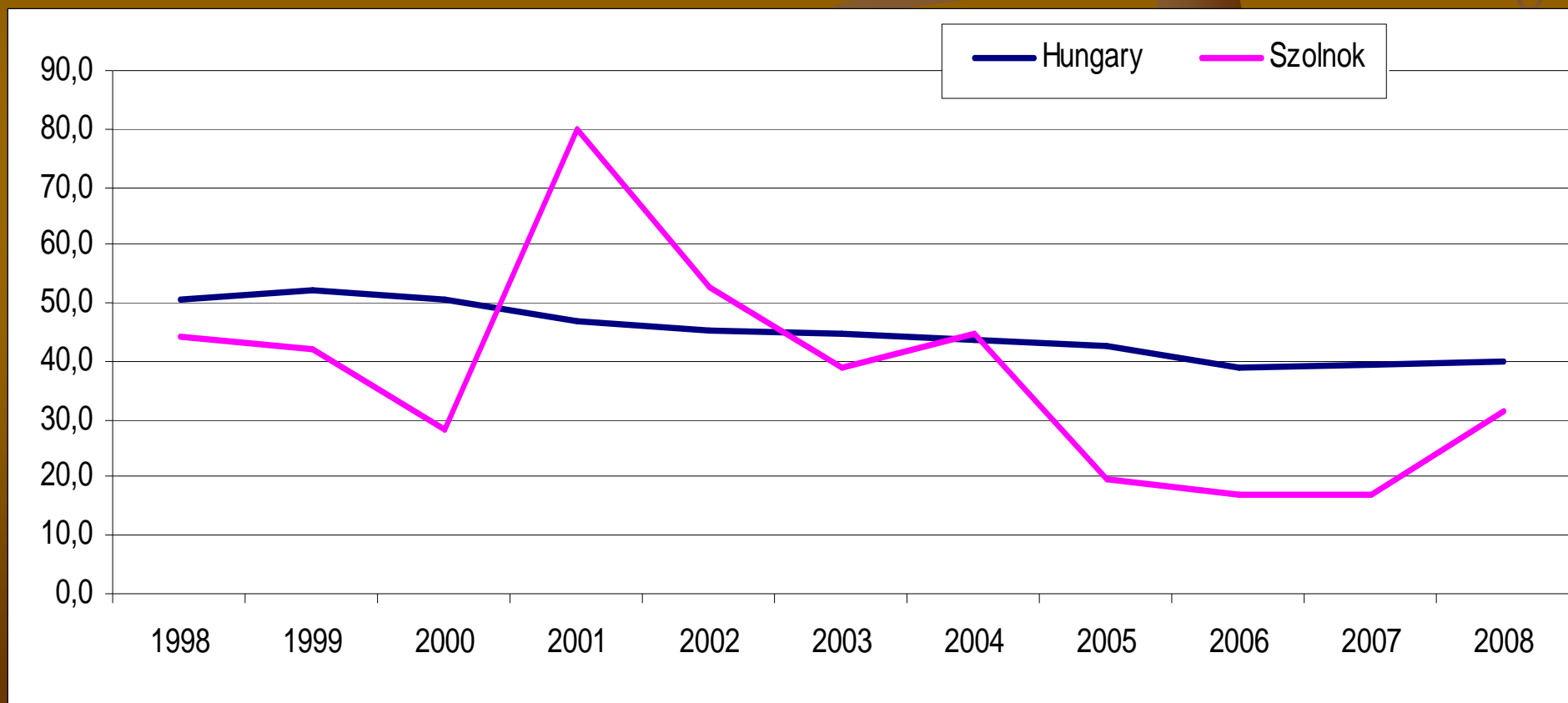
- A Beck Depresszió Skála legalkalmasabb a depressziós tünetegyüttes lakossági szűrésére, és ez a mérőeszköz legalkalmasabb a depresszió, mint szomatikus kockázati tényező mérésére is. (Lasa et al, 2000, Musselman et al, 1998, Glassman, Shapiro,1998)
- A depressziós tünetegyüttes összetevői:
 - szociális visszahúzódás,
 - döntésképtelenség,
 - alvászavar, különösen hajnali felébredés, negatív gondolatok
 - fáradékonyság,
 - túlzott aggodás testi tünetek miatt,
 - munkaképtelenség,
 - pesszimizmus,
 - örömképesség hiánya,
 - önvádolás.

- 
- **A mérce nagyon magas: legalább olyan eredményeket kellene elérnünk, mint Szolnokon az előző hasonló program eredményeként 2005-ben és 2006-ban!**

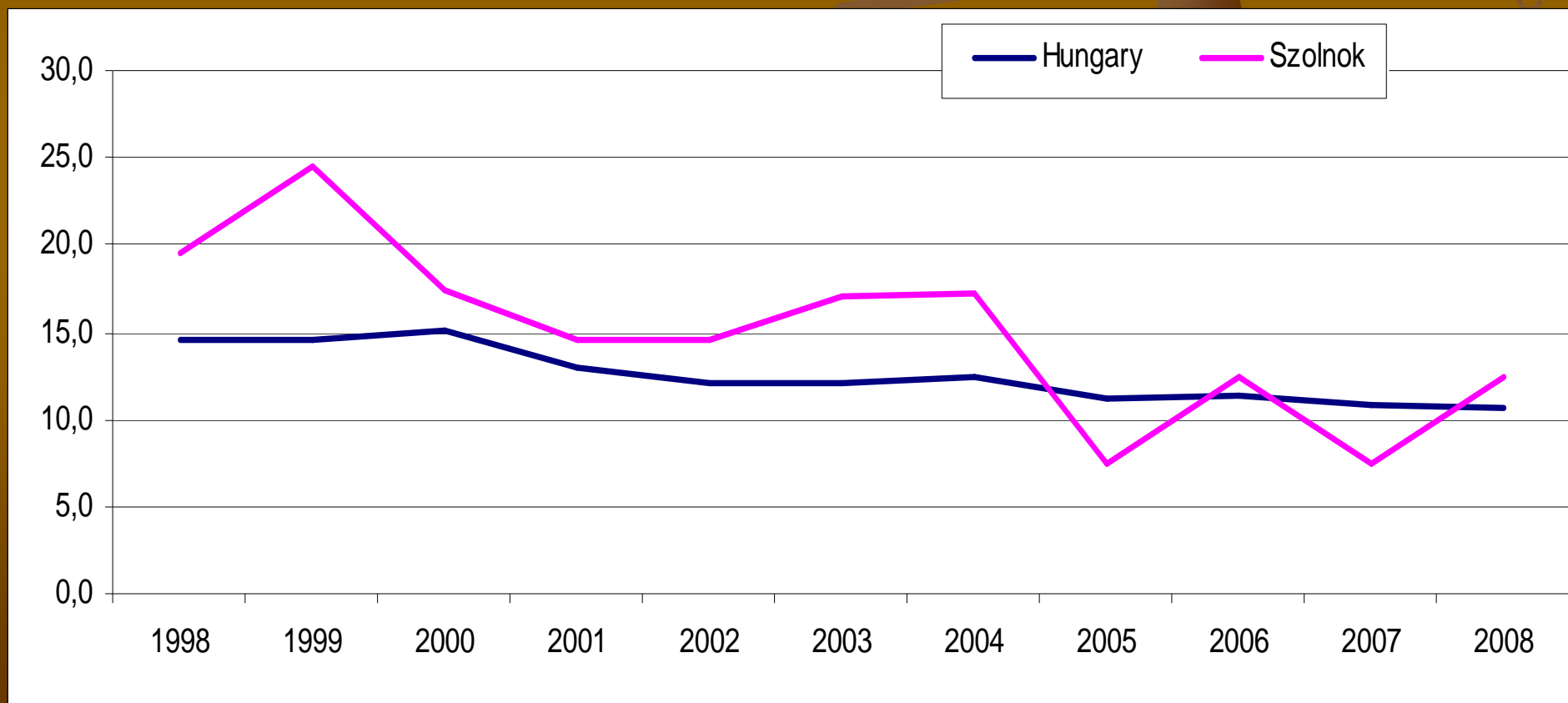
Öngyilkossági arányok Magyarországon és Szolnokon 100.000 főre, 1998 és 2008 között, teljes népesség



Öngyilkossági arányok Magyarországon és Szolnokon 100.000 főre, 1998 és 2008 között, férfiak



Öngyilkossági arányok Magyarországon és Szolnokon 100.000 főre, 1998 és 2008 között, nők



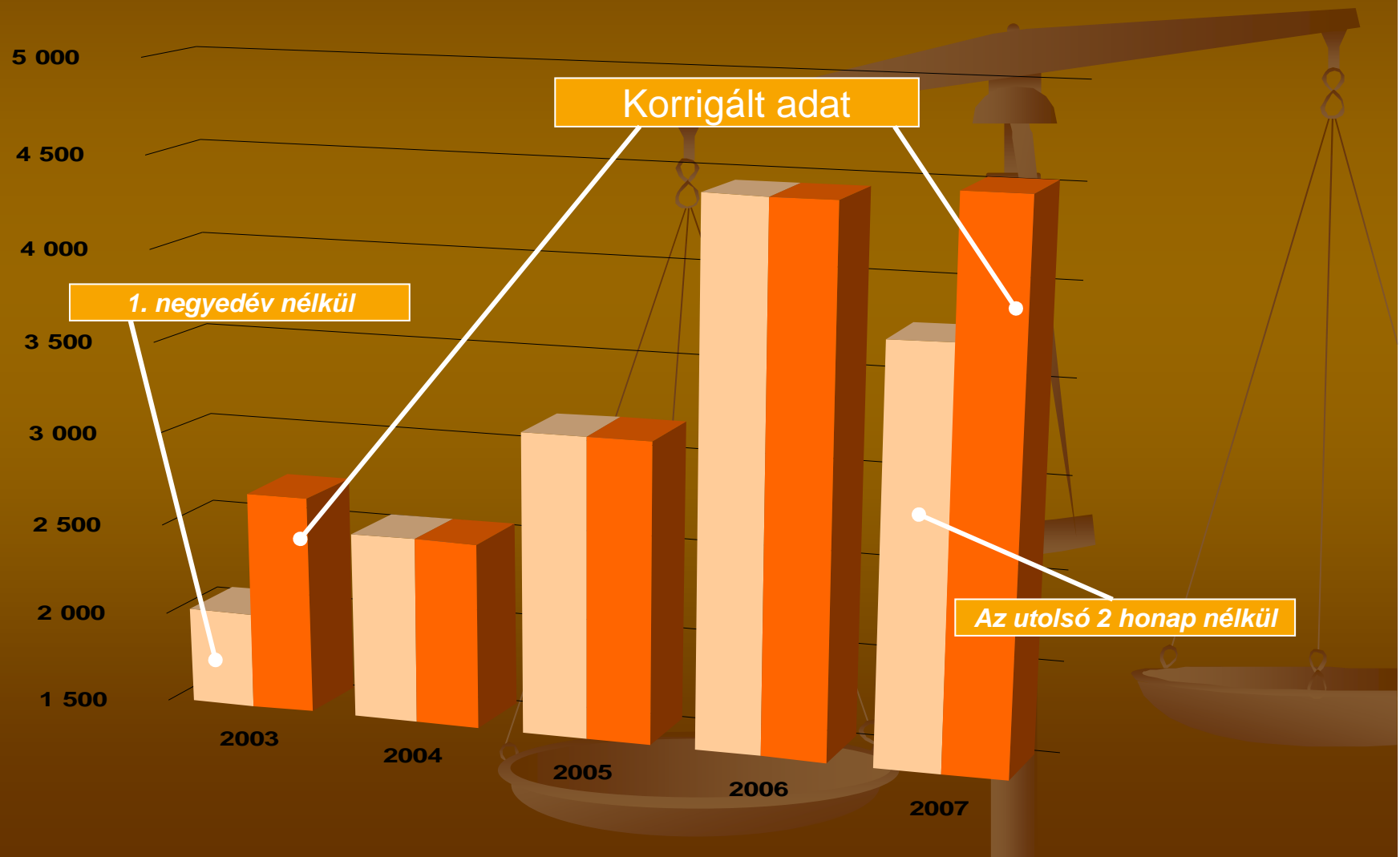
Fő tapasztalatok

- A legfontosabb a különböző segítő szakemberek közötti együttműködés erősítése.
- A kompetencia határok nem világosak.
- A lelki egészségvédelemnek gyakorlatilag nincs finanszírozási háttere.
- A krízis telefonszolgálatok finanszírozási krízise!
- Az embereknek több információra van szükségük.
- A társadalom és a média – mind személyes, mind szervezeti szinten – nyitott ezeknek a problémáknak a megértésére.



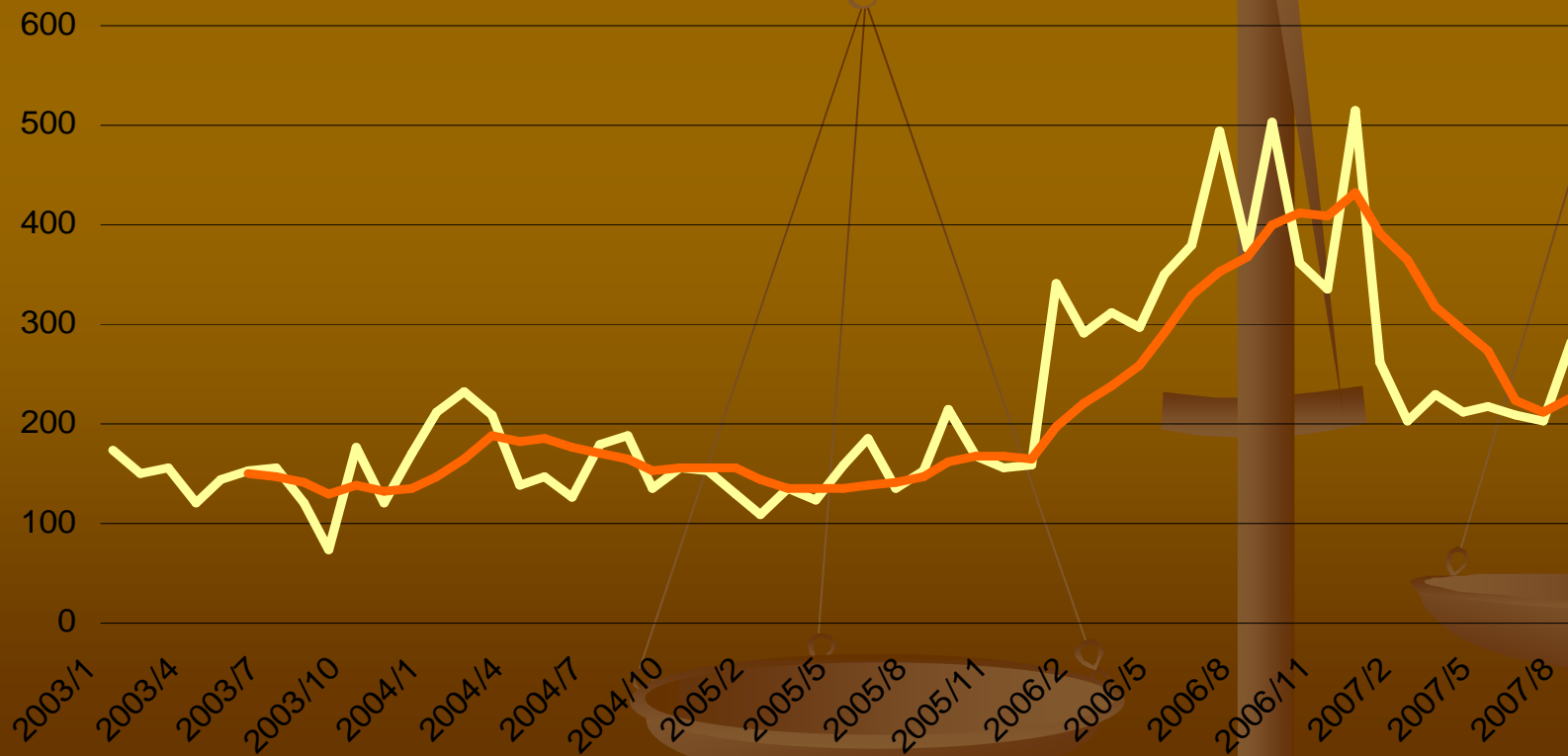
Beteglátogatások száma a kórházi pszichiátriai gondozóban, Szolnok

2003-2006

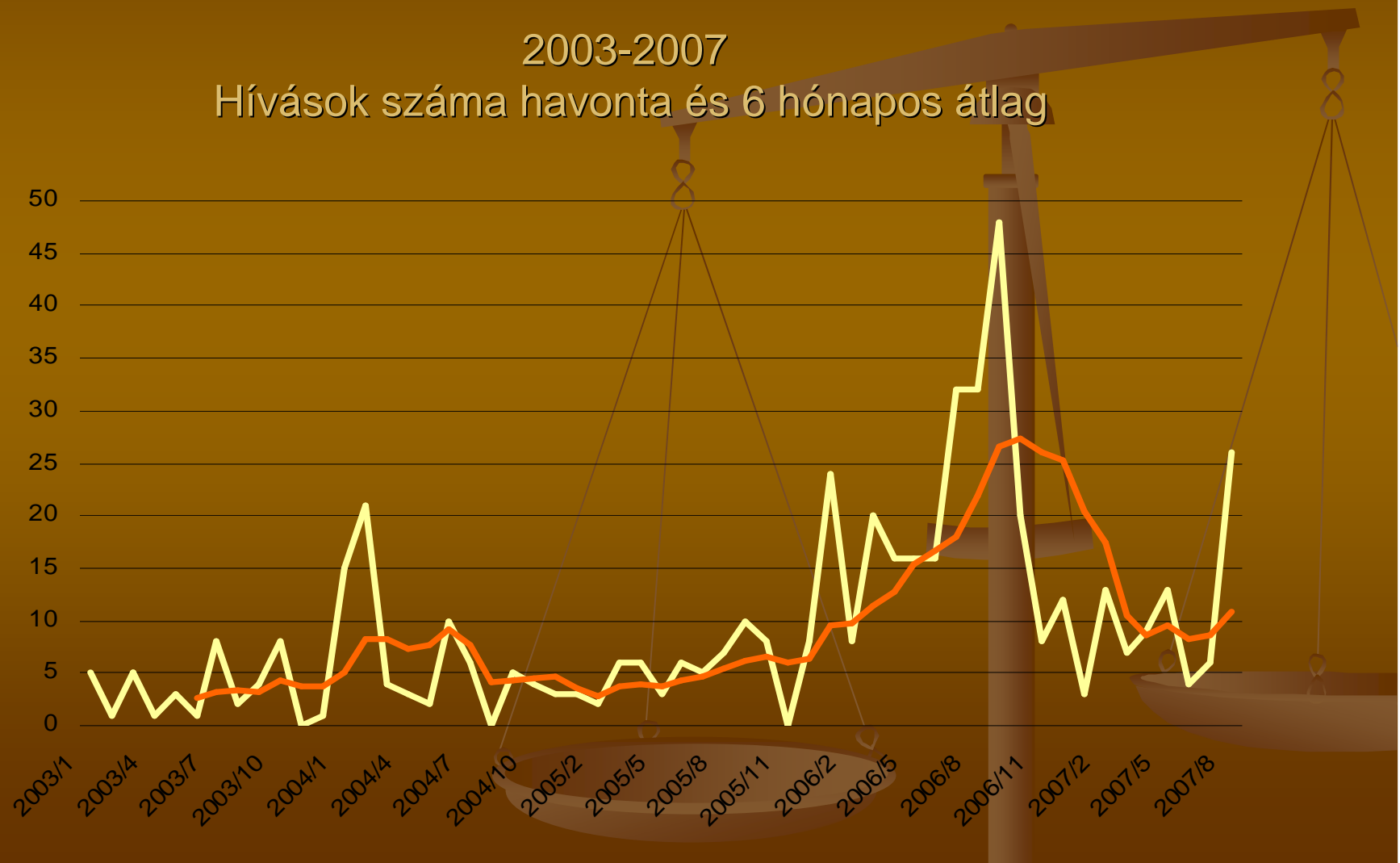


Telefonos lelkisegély hívások száma a szolnoki kistérségben

2003-2007
Hívások száma havonta és 6 hónapos átlag



Telefonos lelkisegély hívások száma öngyilkossággal kapcsolatos problémákkal a szolnoki kistérségben



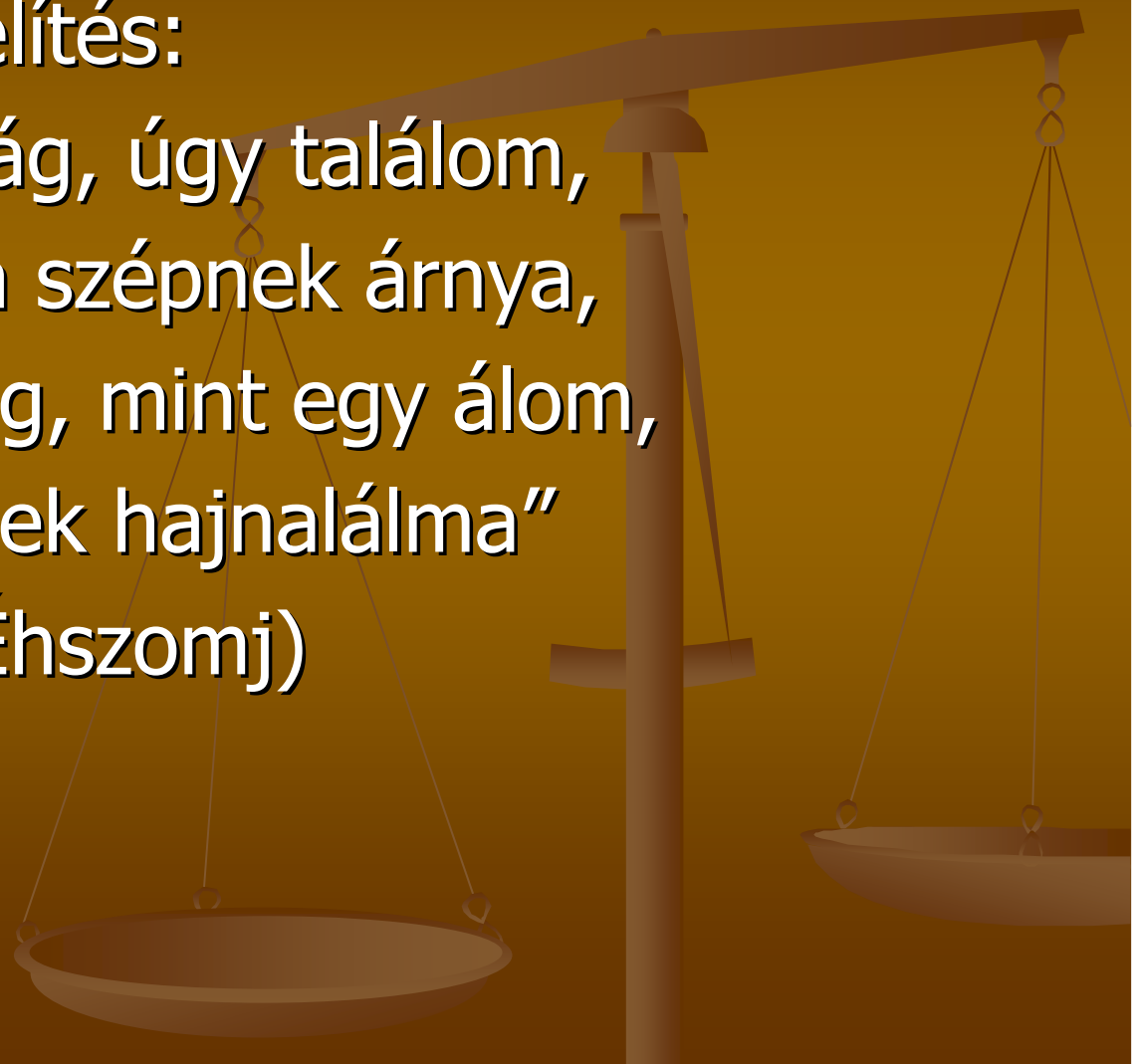
Szolnoki eredmények:

- **Az öngyilkosságok számának jelentős csökkenése: az előző 9 év átlagához hasonlítva Szolnokon 2005-ben a program első évében az öngyilkossági arány 57 %-kal, 2006-ban 47 %-kal csökkent.**
- **Ez azt jelenti, hogy az öngyilkossági arány 30.1/100.000 volt 2004-ben, 13.1/100.000 2005-ben és 14.5/100.000 2006-ban, és ennyi maradt 2007-ben is.**
- **A csökkenés nagyobb fokú volt a férfiak, mint a nők között.**
- **Lehetséges magyarázatok:**
 - **A depresszió és öngyilkossági gondolatok destigmatizációja,**
 - **ennek következtében többen kerestek segítséget, főleg a férfiak közül ,**
 - **ezt mutatja a lelki elsősegély hívásoknak emelkedése, aminek 50 %-a férfi hívás volt,**
 - **a pszichiátriai gondozót depresszió miatt felkeresők arányának emelkedése – a küldő családorvosok alapvető szerepe.**

Az öngyilkosság multifaktoriális eredetű



- Pozitív megközelítés:
- „Mert szép a világ, úgy találom,
- s a rút csupán a szépnek árnya,
- mert szép a világ, mint egy álom,
- mint egy Istennek hajnalálma”
- (Babits Mihály:Éhszomj)



Irodalom:

Degrell I (2008) Predictability of suicide, Magyar Pszichiátria találkozó, Csikszereda

Kopp MS, Réthelyi J (2004) Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality- the Central-Eastern-European health paradox, Brain Research Bulletin ,62,351-367.

Skrabski,Á.Kopp MS, Rózsa S, Réthelyi J, Rahe RH (2005)Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population, International Journal of Behavioral Medicine, 12,2, 78-85.

Kopp MS, Skrabski Á, Kawachi I, Adler NE (2005) Low socioeconomic status of the opposite gender is a risk factor for middle aged mortality, J. Epidemiology and Community Health, 59,675-678.

Kopp MS,Stauder A,Purebl Gy,Janszky I (2007) Work stress and mental health in a changing society, European J. Public Health

Kopp MS, Skrabski A, Székely A, Stauder A, Redford W. (2007) Chronic stress and social changes, socioeconomic determination of chronic stress, Annals of New York Academy of Sciences 1113: 325-338.

Kopp M, Berghammer R (2005) Orvosi pszichológia, Medicina, Budapest

Kopp M, Kovács M (2006)(szerkesztők) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, Budapest

Kopp M (2007) Összefogás a depresszió ellen, Semmelweis Kiadó, Budapest

Kopp M (szerkesztő) 2008: Magyar lelkiállapot 2008: Esélyrősítés és életminőség a mai magyar társadalomban, Semmelweis Kiadó, Budapest

Kopp M (1997) A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, ennek jelentősége a mai magyar egészségügyben, Kórház , 4,3,4-9

Kopp, M., Szedmák,S.(1997) Az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében, Végeken, 8,4, 4-16.