

# Gazdasági világválság, munkanélküliség és öngyilkosság

DULEBA TÍMEA<sup>1</sup>, GONDA XÉNIA<sup>1</sup>, RIHMER ZOLTÁN<sup>1,2</sup> ÉS DÖME PÉTER<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem Kótvölgyi Klinikai Tömb, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

Tekintettel az évek óta húzódozó globális gazdasági válságra, időszerűnek tűnik ennek lehetséges és várható pszichiátriai vonatkozásait számba venni. Tanulmányunkban röviden áttekintjük a releváns irodalmi előzményeket, amelyek a recesszió – és az ezzel szorosan együttmozgó munkanélküliség – szuicid mortalitásra gyakorolt hatásával foglalkoztak, illetve azokat az elméleteket, amelyek a két változó közötti összefüggést próbálják magyarázni. A szuicid magatartás rendkívül komplex jelenség (bekövetkezésének esélyét számtalan környezeti és genetikai tényező befolyásolja, melyek között ráadásul különféle interakciók mutathatóak ki), így számos rizikófaktorának az önálló magyarázó ereje csak csekély lehet, ami metodológiai is nehézkessé teszi vizsgálatukat. Bár az eredmények nem teljesen konzisztensek, mégis úgy tűnik, hogy a munkanélküliség – részben független – rizikófaktor mind a depresszió, mind az öngyilkosságnak. A jelenleg is folyamatban lévő gazdasági válság öngyilkossági adatokra való hatását vizsgáló első tanulmányok eredményei szintén megerősítik a munkanélküliség növekedését kísérő szuicidráta-emelkedést az Európai Unió régebbi és újabban csatlakozott országaiban egyaránt. Bár az öngyilkosság legfőbb kockázati tényezője a pszichiátriai betegség, elsősorban a hangulatzavar, a jelenség hátterében szerepet játszó egyéb folyamatok feltárása és összefüggéseiben való megértése fontos eszköz lehet az öngyilkosság predikciójában és prevenciójában a veszélyeztetett személyek illetve a populáció szintjén egyaránt, és a veszélyeztetettek esetében a célzott farmakoterápiás beavatkozások megtervezésében.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2012; 14(1): 41-50; doi: 10.5706/nph201203004)

**Kulcsszavak:** munkanélküliség, gazdasági válság, öngyilkosság, depresszió

## AZ ÖNGYILKOSSÁG RIZIKÓFAKTORAI

Bár az öngyilkosság rendkívül összetett, multikauzális jelenség, számos orvosi-pszichiátriai, pszichoszociális, kulturális és demográfiai komponenssel, a vizsgálatok egybehangzóan azt mutatják, hogy a befejezett öngyilkosságot elkövetők nagyjából 90%-a egy vagy több DSM-IV szerint diagnosztizált „nagy” pszichiátriai betegségben szenved halála idején. Ezek közül a leggyakoribbak a major depressziós epizód, az alkohol/drog betegség, illetve a szkizofrénia (Rihmer, 1996; Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009; Goodwin és Jamison, 2007). Másrészt viszont az is igaz, hogy a pszichiátriai – és ezen belül a depressziós betegek – döntő többsége sohasem lesz öngyilkos, ami a személyiségbeli (impulzivitás-agresszivitás, peszszimizmus, reménytelenség), illetve pszichoszociális (negatív életesemények, tartós stresszhelyzetek) tényezők fontos szerepére hívja fel a figyelmet (Hawton és van Heeringen, 2009; Kao et al., 2011; Duberstein et

al., 2001; Joiner et al., 2005; Rihmer, 2007; Becker-Weidman et al., 2009; Mann et Currier, 2007).

Az öngyilkosság hátterében álló – és gyakran egymástól nem független – tényezők hierarchikus sorrendbe állíthatók (Rihmer, 1996; Rihmer, 2007;). Az *elsődleges (pszichiátriai)* öngyilkossági rizikótényezők közé tartoznak a (többnyire) kezeletlen pszichiátriai betegségek (major depresszió; szkizofrénia; igen gyakran komorbid szorongásos vagy addiktív kórképpel együtt; alvászavar (inszomnia) – hangulatzavartól függetlenül is), valamint az anamnézisben szereplő szuicid kísérlet. Az elsődleges tényezők között szerepel továbbá a szuicid szándék kommunikációja („cry for help”), illetve a családi anamnézisben szereplő öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet. Utóbbival kapcsolatban megjegyzendő, hogy a szuicid magatartás genetikai meghatározottsága – amely részlegesen független az öngyilkossági magatartást igen erősen befolyásoló pszichopatológiai alapok genetikai meghatározottságától – kb. 50%, illetve, hogy a családon belüli – és

nem-genetikai eredetű – szuicidrizikó-emelkedés generációról generációra történő átviteléért több tényező (pl. gyermekkori abúzus, kedvezőtlen családi légkör teremtő személyiségjegyek, impulzivitás/agresszió) intergenerációs átvitele, az imitáció jelensége, illetve a gyász időszaka, mint szuicid rizikófaktor lehet felelős (bár egyik mechanizmus sincs megnyugtató módon bizonyítva). A *másodlagos* rizikófaktorok közé olyan, az (elme-)egészségügy hatókörén kívül eső tényezők tartoznak, melyek – legalábbis elvileg – elkerülhetőek/befolyásolhatóak. Elsősorban *pszichoszociális* jellegű faktorok tartoznak közéjük: így például igen fontos, az öngyilkosság elkövetésére predisponáló tényező a kora gyermekkorban bekövetkező trauma (különösen a gyermekkori fizikai vagy szexuális abúzus, illetve szülő halála), az izoláció (egyedüllét, válás), a súlyos anyagi problémák, az akut pszichoszociális stresszorok, egyes foglalkozások űzése (pl. orvos, állatorvos, gyógyszerész), és nem utolsósorban a jelen dolgozat tárgyát képező munkanélküliség. Ugyancsak a másodlagos rizikófaktorok közé sorolható néhány olyan szomatikus jellemző, mint az alacsony koleszterinszint vagy a csökkent légzésfunkciós paraméterek. A *harmadlagos* rizikófaktorok a mindennapi élet velejárói, nem változtathatóak meg, és nem is elkerülhetőek. Közéjük *demográfiai-antropológiai* tényezők (például férfi nem; idős kor; bizonyos szexuális orientációk (homo-, ill. biszexualitás) vagy az alacsony termet), illetve bizonyos vulnerábilis periódusok (például tavasz-kora nyár; a hét első napjai; a menstruáció körüli-, továbbá a „celeb”-ek öngyilkosságát követő időszakok) tartoznak. A harmadlagos szuicid rizikófaktorok prediktív értéke az elsődleges és másodlagos rizikófaktorok hiányában rendkívül csekély, és önmagukban, a klinikumban nem is hasznosíthatók, de az elsődleges és másodlagos rizikófaktorok fennállása esetén igen nagymértékben növelik a szuicidium kockázatát (Rihmer 1996; Rihmer 2007; Almási et al., 2009; Sebestyén et al., 2010; Sarchiapone et al., 2009; Ernst et al., 2009; Brent és Melhem, 2008; Ribeiro et al., 2011; Goodwin és Marusic, 2008; Hawton és van Heeringen, 2009; Ohtsu et al., 2009; Zonda et al., 2008-9; Jeong et al., 2010; Jee et al., 2011; Giltay et al., 2010; Zhang, 2011).

Jóllehet a depresszió rizikófaktoraival közül a nem felismert, nem vagy nem megfelelően kezelt pszichiátriai, ezen belül is elsősorban hangulatzavarok játsszák a legfontosabb szerepet, elengedhetetlen a további rizikófaktorok feltárása és összefüggéseikben való megértése az öngyilkosság predikciója és prevenciója érdekében egyéni és társadalmi szinten egyaránt (Rihmer et al., 2004). A szuicid kockázat pszichiátriai

betegségeken túlmutató előrejelzése és becslése segítségével lehetőség nyílhat esetleg célzottan alkalmazott preventív hatású farmakoterápiás és egyéb beavatkozások segítségével a szuicid rizikó haszon-kockázat szempontjából is hatékony csökkentésére.

## A JELENLEGI GAZDASÁGI VILÁGVÁLSÁG RÖVID JELLEMZÉSE

A 2007-es világválság alapvető oka az amerikai ingatlanárak hirtelen esése, azaz az „ingatlanbuborék” kipukkanása volt. A szakirodalom „subprime”, vagyis másodrendű jelzálogválságként említi, hiszen a gyengébb minőségű, kockázatosabb hitelek bedőlése indította el a több évig tartó krízist (Lewis, 2010). A hatás napjainkban is érezhető, bár megjegyzendő, hogy jelenleg a nemzeti adósságválságok jelentik a komolyabb kockázatot a világgazdaságban.

A „subprime” válság legfontosabb jellemzője az öngerjesztő tulajdonsága. Az ingatlanárak csökkenése bedöntötte a rossz minőségű jelzáloghiteleket, megkezdődtek a banki behajtások, amelyek növelték az ingatlankínálatot, ez pedig tovább nyomta lefelé az árakat (Gyarmati és Medvegyev, 2011). Az újabb áresés azonban már a jó hiteleket is érintette, csökkent a fogyasztás, lassult a gazdaság. A csökkenő kereslet miatt a vállalatok csökkentették kibocsátásukat, ennek következtében nőtt a munkanélküliség, miközben a bankok egyre szigorították hitelezési feltételeiket. A folyamat a globális pénzügyi rendszer természetéből adódóan eszkalálódott és átterjedt a világ számos országára, a fejlett és fejlődő piacokat egyaránt érintve.

A 2007 óta tartó recesszió az 1929-33-as „Nagy Gazdasági Világválság” óta – globális szinten – a legkiemelkedőbb munkanélküliséghez vezetett. 2010 harmadik negyedében 210 millió munkanélkülit regisztráltak a világban, ami 30 millióval több, mint a válság kezdetén volt (Wanberg, 2012). Más források szerint az elkövetkező két évben világviszonylatban 80 millió új munkahelynek kellene létrejönnie, hogy ezek száma elérje a válság előtti szintet. Az előrejelzések szerint azonban ez nem fog megvalósulni, és jelenleg 2016-ra prognosztizálható, hogy a fejlett országok foglalkoztatottsági mutatói elérik a válság előtti szintet (International Labour Organization, 2011).

Hazánkban sajnos szintén jól érezhető a gazdasági válság hatása a munkanélküliek számának alakulásában. A KSH adatai szerint a munkanélküliség 2007-ben 312 ezer, 2008-ban 329 ezer, 2009-ben 421 ezer, 2010-ben 475 ezer, míg a kézirat írásakor rendelkezésre álló adatok szerint 2011-ben (az első három negyedév adataiból extrapolálva) 471 ezer főt érintett (KSH).

## GAZDASÁGI CIKLUSOK ÖSSZEFÜGGÉSE AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL – SZOCIOLÓGIAI, KÖZGAZDASÁGI, ILLETVE PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSEKEN ALAPULÓ TEÓRIÁK

A gazdasági élet és az öngyilkosság közötti kapcsolat régóta izgatja a tudomány művelőit. Jól ismert, hogy az öngyilkosságban meghaltak között a kontrollokhoz, illetve a populációban észlelt adatokhoz képest a munkanélküliek többszörösen túl-reprezentáltak (Rihmer, 1996; Rihmer, 2007; Havton és van Heeringen, 2009; Chen et al., 2010). Saját, a 2000-es évek elején végzett eset-kontrollált pszichológiai autopszia vizsgálatunkban mi is azt találtuk, hogy a befejezett öngyilkosság szempontjából az affektív (depressziós) betegség volt a legerősebb rizikófaktor, és a munkanélküliek aránya több mint ötszöröse volt az öngyilkosok (17%), mint a kontrollok (3.1%) között (Almási et al., 2009).

Alapvetően háromféle – mára már klasszikussá érett – *szociológiai* teória igyekszik leírni és jellemezni a lehetséges összefüggést, melyek végkövetkeztetései – mint látni fogjuk – néhol meglehetősen ellentmondásban állnak egymással. Emile Durkheim szerint a *társadalmi integráció* (az egyén érdekeltté tévése a családi/vallási/politikai közösség kollektív céljaiban, illetve „bekapcsolása” a közösség eszméibe – mértékét végső soron az egyén és a közösség közötti kötődés erőssége jelzi), illetve a *társadalmi reguláció* (a társadalomnak az egyén vágyait és törekvéseit zabolázó hatása; lényegében az erkölcs) az a két erő, amivel a közösség az egyént szabályozni képes. A két hatás optimális mértékének felbomlása vezet a jól ismert durkheimi öngyilkosság típusokhoz (reguláció↑: fatalista; reguláció↓: anómiás; integráció↑: altruista; integráció↓: egoista) (Buda, 2001; Yang, 1992; Lester és Yang, 1997; Edles és Appelrouth, 2010; Garrison, 1991). A fejlett (ipari) társadalmakra a szerző szerint leginkább az anómiás és az egoista szuicidiumok jellemzőek (az előbbi tehát a társadalmi erkölcs és normarendszer meggyengülésekor jelentkezik, míg utóbbi a társadalom és az egyének közötti kapcsolat csökkenése, vagyis az egyén izolálódása kapcsán). A tradíciókat erősen őrző (a szerző terminológiájában „primitív”) társadalmakat az altruista és a fatalista öngyilkosságok jellemzik (előbbi kapcsán az egyén feláldozza magát az adott közösség kollektív morális-spirituális céljaiért, míg utóbbiban az egyén reménytelenül bebetonozódott elnyomott, vagy az adott társadalomban alacsony presztízsű szociális helyzetébe (pl. rabszolga vagy gyermektelen, házasságban élő nő), és emiatt menekül öngyilkosságba) (Edles és Appelrouth, 2010; Garrison, 1991). Feldolgozva kora jelentős gazdasági eseményeit

(pl. a Bécsi Tőzsde 1873 bukása; 1882-es párizsi börze összeomlás; az olasz egység létrejöttét követő gazdasági fellendülés; a Porosz Királyság fokozatos területi növekedését kísérő konjunktúra) Durkheim arra az álláspontra jutott, hogy mind a recesszió, mind a konjunktúra a társadalmi reguláció csökkenéséhez, és ezen keresztül az anómiás szuicidiumok számának növekedéséhez vezet. Az elmélet kulcseleme, hogy a gazdaság *változásai* vonják maguk után az öngyilkossági ráta emelkedését, míg egy adott társadalom/ország szegénysége – önmagában – az öngyilkosság szempontjából protektív faktorként értékelendő (itt példaként a korabeli Spanyolországot hozza fel a szerző, mely öngyilkossági rátája tizede volt Franciaországnak) (Edles és Appelrouth, 2010; Yang, 1992; Lester és Yang, 1997; Buda, 2001; Zivin et al., 2011). Az 1980-as évek elején hazánk 100000 főre vetített szuicid rátája 43- és 45 körül volt. Ugyanakkor ez az érték a nálunk sokkal gazdagabb Dániában, Svájcban és Ausztriában 25 felett, míg a hozzánk hasonló helyzetben lévő Bulgáriában, Lengyelországban és Romániában 15 alatt volt (WHO). Ez szintén arra utal, hogy egy-egy ország gazdasági helyzete és társadalmi berendezkedése önmagában nem lehet döntő tényező az öngyilkossági mortalitást illetően. Ezért is számít naivitásnak az 1980-as évek közepétől megindult jelentős öngyilkosság-csökkenést hazánkban a rendszerváltással, mint fő oki tényezővel magyarázni, mivel ezen időszakban a legnagyobb csökkenés Dániában, Ausztriában, Svédországban, Németországban és Magyarországon jelentkezett, míg az említett három illetve a többi volt szocialista országban a szuicid ráták – egészen a 2000-es évek elejéig – emelkedő tendenciákat mutattak (WHO).

Ralph B. Ginsberg komplikált modelljében tovább gondolta a durkheimi anómia elméletet, azt új fogalmakkal egészítette ki, majd arra a konklúzióra jutott, hogy a szuicid ráta és a gazdaság közötti viszony *prociklikus* (vagyis a gazdaság hanyatlását az öngyilkossági ráta csökkenése, míg fellendülését a szuicid ráta növekedése kíséri) (Yang, 1992; Lester és Yang, 1997). Egy harmadik típusú megközelítés szerint a szuicid ráta és a gazdaság teljesítmény hullámvonalai egymással ellentétes irányúak („countercyclical relationship”) – vagyis fellendülések során csökken, míg recessziók során nő az öngyilkosság aránya. Az ebbe a vonulatba tartozó elméletek közül a legismertebbet Henry és Short jegyzi (Henry és Short, 1954; Lester és Yang, 1997; Hamermesh és Soss, 1974). Rendszerük a freudi frusztráció-agresszió elméletén alapul. Ennek megfelelően feltételezik, hogy az egyén frusztrációja agresszióba csaphat át, mely megfelelő nevelés/szocia-

lizáció hiányában a külvilág felé, míg megfelelő nevelés/szocializáció mellett az egyénre, önmagára irányul. Mivel a recessziót kísérő elbocsátások kapcsán a magas pozíciójú (nagy valószínűséggel jó nevelést kapott) munkaerő „nagyobbat bukik”, mint az alacsonyabb státuszú elbocsátottak, az öngyilkosságok száma a gazdaság hanyatlása során nőni fog (fordítva felledülés esetén az alacsony státuszú munkavállalók és a magas státuszú munkavállalók jövedelmi helyzetében lévő szakadék tovább mélyül, így ilyenkor az alacsony státuszú munkaerő frusztráltabb, melynek következtében a gyilkosságok száma nőne) (Lester és Yang, 1997; Jusufbegovic és Ottoson, 2011; Hamermesh és Soss, 1974).

Az öngyilkosság jelenségének *közgazdasági megközelítését/modellizését* elsőként Hamermesh és Soss végezte el (Hamermesh és Soss, 1974). A szerzők az újklasszikus mikroökonómia szellemében az egyén haszonmaximalizáló – racionális alapokon álló – döntéshozatalát vették alapul modelljükben. A mikroökonómia hagyományos alapvetése szerint az egyén elégedettsége (hasznossági szintje) egyenes arányban áll az adott időszakban eszközölt fogyasztásával. Hamermesh és Soss feltevése szerint amennyiben egy adott időpontban az egyén várható diszkontált élethossz hasznossági-szintje (melyet egy bonyolult képlettel az egyén korából és jövedelmi viszonyából lehet kiszámítani) nem ér el egy adott szintet, az egyén öngyilkosságba menekül. Teóriájukból következően a növekvő életkor, a munkanélküliség (kortól függetlenül), illetve időskorban a személyes bevétel csökkenése fokozza az öngyilkosság rizikóját (paradox módon a számítás szerint fiatalokban a bevétel növekedés növeli az öngyilkossági veszélyt) (Hamermesh és Soss, 1974; Andrés és Halicioglu, 2010; Andrés et al., 2011; Jusufbegovic és Ottoson, 2011; Lester és Yang, 1997; Freeman, 1998).

A munkanélküliség hatását a mentális egészségre számos *pszichológiai-lélektani* ihletésű modell is igyekszik magyarázni. Az egyik legismertebb ezek közül a Marie Jahoda nevéhez kötődő depriváció modell, melyben a szerző a munkanélküliség lelki életre gyakorolt romboló hatását egyértelmű/manifeszt (bevételkiesés) és rejtett (időstruktúra felbomlása; társas kontaktusok elvesztése; közös célokkal jellemezhető tevékenységek megszűnése; státuszvesztés; aktivitás csökkenés) tényezőkön keresztül látja megvalósulni (Wanberg, 2012). Catalano és Dooley munkásságuk során többek között arra hívták fel a figyelmet, hogy a gazdasági visszaesések következtében a társadalom és a család betegekkel szembeni toleranciaszintje csökken, így a recessziót kísérő emelkedett forgalom

az ellátórendszerben bizonyos fokig artefaktumnak tekinthető (Zivin et al., 2011). További elméletek tekintetében (pl. „Warr-féle vitaminmodell”; Amundson és Borgen nevével fémjelzett modell) az érdeklődő olvasó az alábbi irodalmi hivatkozásokban találhat fogódzókat: De Jonge és Schaufeli, 1998, illetve Amundson és Borgen, 1982.

Nyilvánvaló, hogy a munkanélküliség és az öngyilkosság kapcsolatának vizsgálatok számos zavaró változó hatását kell kiküszöbölni, hiszen – mint fentebb már szó esett róla – az öngyilkosság rizikófaktorai gyakran egymással is különféle interakciókban vannak. Csak a példa kedvéért említünk néhány olyan öngyilkossági rizikótényezőt, amiket befolyásolhat a munkanélkülivé válás, és amelyek így – legalábbis teoretikusan – megkérdőjelezhetik, hogy a munkanélküliség direkt kapcsolatban áll az öngyilkossági rizikóval. Az öngyilkosság legerősebb rizikófaktora a hangulatzavar, pontosabban a kezeletlen depresszió (Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009), és, mint később tárgyaljuk, a munkanélkülivé válás növeli a depresszió kialakulásának esélyét és a depressziós tünetek súlyosságának mértékét, ugyanakkor az is igaz, hogy a depressziós és egyéb pszichiátriai betegek – éppen jórészt betegségük következtében – hamarabb válnak munkanélkülivé (ld. lent). Egy másik ilyen zavaró változó lehet az alkoholfogyasztás, ami szintén befolyásolja mind a hangulatzavarok, mind az öngyilkosság rizikóját és – legalábbis a tanulmányok zöme szerint – mértéke változik (bár a változás iránya meglehetősen ellentmondásos) amennyiben a munkanélküliségi ráta változik (Isacsson, 2000; Pacula, 2011; Henkel, 2011; Catalano et al., 2011; Razvodovszky, 2011; Schneider et al., 2011).

### GAZDASÁGI CIKLUSOK ÖSSZEFÜGGÉSE AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL – EPIDEMIOLOGIA EREDMÉNYEK

Egy frappáns megfogalmazás szerint a gazdasági élet egészségügyi hatásait feldolgozó vizsgáldások intenzitása a gazdasághoz képest ellentétes irányú mozgásban van (vagyis a köztük lévő kapcsolat „countercyclical” típusú): jó időkben a vizsgálatok száma megcsappan, míg válságok közepette kiemelt érdeklődés övezi a témát (Catalano et al., 2011).

A gazdasági illetve a munkaerőpiaci helyzet számtalan indikátora (egy főre jutó GDP; fogyasztói bizalom index („consumer confidence index”); pénzkínálat („money supply”); a foglalkoztatottság szintje („labor force participation rate”); fogyasztói árindex („consumer price index”)) közül a munkanélküliségi

rát a az egyik leggyakrabban használt változó a krízisek egészségügyi hatásait vizsgáló tanulmányokban. Ugyan a GDP-t használják leginkább egy adott ország gazdasági teljesítményének jellemzésére, mégis érthető, hogy ennek hatása az egyén mindennapi tapasztalatainak szintjén kevéssé tettenérhető, továbbá keveset mond el az országon belüli egyenlenségekről. (Saját, az 1985 és 2008 közötti időszakra kiterjedő vizsgálatunkban nem volt szignifikáns kapcsolat a GDP változása és a magyarországi öngyilkossági ráta alakulása között, ugyanakkor a dohánytermékek forgalmának alakulása szignifikáns pozitív, míg az antidepresszívum-felhasználás szignifikáns negatív kapcsolatban volt az öngyilkossági rátával (Döme et al., 2011)). Ezzel szemben a munkanélküliségi ráta viszonylag jól reprezentálja a gazdaság zavarai által a társadalomban okozott bizonytalanságot (megjegyzendő, hogy a GDP csökkenése általánosságban a munkanélküliség növekedésével jár együtt, ugyanakkor a köztük lévő kapcsolat erősségét az adott ország pénzügypolitikai és munkaerőpiaci szabályozásának sajátosságai határozzák meg). Továbbá – és az előzőeknek megfelelően – a munkanélküliségi ráta az a gazdasági életet jellemző változó, amivel a leginkább magyarázhatóak a gazdasági fordulatok által okozott hatások a társadalom egészségügyi helyzetében (Stuckler et al., 2009; Inoue et al., 2010; Barth et al., 2011; Ceccherini-Nelli és Priebe, 2011).

A munkanélküliség és szuicidium közötti kapcsolat epidemiológiai szempontból alapvetően kétféle módon vizsgálható. Az egyik módszer aggregált adatokkal dolgozik (vagyis egy adott földrajzi területről származó öngyilkossági ráta és az ugyanezen területet jellemző munkanélküliségi ráta adatai között keres összefüggést), míg a másik egyéni szintű adatbázisokat használ (ez esetben tehát tudjuk, hogy az adott öngyilkosságot elkövető vagy éppen kontroll személy munkanélküli volt-e) (utóbbi típusú vizsgálatok eredményei – itt és most nem részletezve ennek okait – értékesebbnek számítanak) (Catalano et al., 2011). Ugyan vannak ellentmondó eredmények is, de *mind az individuális szintű, mind az aggregált adatokkal dolgozó vizsgálatok zöme (így néhány hazai vizsgálat is) úgy találta, hogy az öngyilkosságnak rizikófaktora a munkanélküliség* (az individuális szintű vizsgálatok általában egyéb szuicid rizikófaktorok figyelembe vételével jutottak erre az eredményre) (Almási et al., 2009; Rihmer, 2009; Catalano et al., 2011; Corcoran és Arensman, 2011; Schneider et al., 2011; Luo et al., 2011; Ceccherini-Nelli és Priebe, 2011; Stuckler et al., 2009). Nem meglepő – tudományos szempontból mégis megnyugtató – módon az aggregált adatokkal

dolgozó vizsgálatok annál erősebb összefüggést mutattak ki az öngyilkossági ráta és a munkanélküliség között, minél kisebb volt a megfigyelt földrajzi egység (Rehkopf és Buka, 2006; Wanberg, 2012).

A munkanélküliség hatása az öngyilkossági rizikóra elméletileg kétféle módon valósulhat meg: 1. a „kauzális hipotézis” szerint a munkanélkülivé válás különböző mechanizmusokon keresztül (ld. lent) oka az öngyilkosságnak; 2. a „szelekciós hipotézis” szerint az egyén már meglévő jellemzői (pl. „nagy” pszichiátriai betegségek; addikciók; személyiségzavarok fennállása) miatt nagyobb eséllyel válik munkanélkülivé és öngyilkossá is (másképp fogalmazva az öngyilkosság és a munkanélkülivé válás rizikófaktoraik közösek, viszont a munkanélkülivé válás nem áll ok-okozati összefüggésben az öngyilkossággal) (Corcoran és Arensman, 2011; Mäki és Martikainen, 2010). Úgy tűnik, mindkét elmélet működik a valóságban. Az első hipotézis igazolására a tömeges elbocsátások során munkanélkülivé válók vizsgálata alkalmas (hiszen ilyenkor minden munkavállalót elbocsátanak, vagyis a szelekciós hipotézis nem működhet); az ilyen típusú vizsgálatok úgy találták, hogy a tömeges elbocsátások alkalmával munkanélkülivé válók rosszabb pszichés állapotban voltak, mint azok, akiket nem bocsátottak el (továbbá körükben nőtt az öngyilkossági veszély is). Ugyancsak a kauzális hipotézist támasztják alá az az eredmények, melyek szerint a munkanélkülivé válás emeli a depressziós tünetek súlyosságát, és fordítva, a munkába állás csökkenti azokat (a jobb minőségű vizsgálatok a reverz kauzalitás kontroll alatt tartásával jutottak ilyen eredményre) (Catalano et al., 2011; Wanberg, 2012). A második mechanizmust kétféle megközelítést használó vizsgálatok igazol(hat)ják: 1. azok a vizsgálatok, melyeknek eredményei szerint a munkanélküliségi ráta erősebb összefüggést mutat az öngyilkossági rátával akkor, amikor a munkanélküliségi ráta alacsony (ilyenkor ugyanis a csökkent munkaképességűek (többek között a pszichiátriai betegek, akiknél az öngyilkossági veszély magas) tesz ki a munkanélküliek zömét), mint akkor, amikor a munkanélküliségi ráta magas (ilyenkor ugyanis „felhígul” a munkanélküliek csoportja). A teljesség kedvéért megemlítendő, hogy egy alternatív hipotézis is magyarázhatja ezeket az eredményeket; nevezetesen, amikor alacsony a munkanélküliségi ráta, akkor munkanélkülinek lenni nagyobb stigmatizációval és stresszel jár együtt; 2. individuális szintű vizsgálatok, melyekben a pszichiátriai állapotot és különféle szociális mutatókat is monitorozták, úgy találták, hogy a munkanélküliség és az emelkedett szuicid rizikó közötti kapcsolatot nagymértékben magyarázzák

egyéb változók (Lundin és Hemmingsson, 2009; Yip és Caine, 2011; Corcoran és Arensman, 2011; Classen és Dunn, 2011; Wanberg, 2012; Lundin et al., 2010; Mäki és Martikainen, 2010).

A csekély mennyiségű rendelkezésre álló adat alapján úgy tűnik, hogy a munkanélküliség csökkentésére, illetve a szociális biztonság növelésére irányuló, továbbá az egészségügyi hálózathoz való hozzáférést elősegítő politikai intézkedések csökkenthetik a munkanélküliség káros közegészségügyi hatásait (többek között az öngyilkosságot is). Így – bár nyilvánvaló, hogy recesszió idején a legnehezebb ezt kiharcolni – az állam beavatkozása (investíciója) a fenti területeken elkerülhetetlennek látszik (Isacsson, 2000; Kapusta et al., 2009; Ludwig és mtsai, 2009; Pirkola et al., 2009; Stuckler et al., 2009; Zivin et al., 2011; Corcoran et Arensman, 2011).

Úgy tűnik, hogy a munkanélküliség és a szuicid veszély közötti kapcsolat a két nemből nem tér el jelentősen egymástól – pontosabban fogalmazva tanulmányról tanulmányra változik, hogy melyik nem esetében erősebb rizikófaktor a munkanélküliség (vagy épp nincs eltérés ebben a tekintetben a két nem között) (Mäki és Martikainen, 2010; Andrés és Halicioglu, 2010; Chen et al., 2010; Corcoran és Arensman, 2011; Uutela, 2010; Barth et al., 2011). Az irodalmi adatokból ugyancsak nem állapítható meg egyértelműen, hogy a munkaképes korú lakosságon belül melyik korcsoportban a legerősebb a munkanélküliség hatása a szuicid rizikóra (Luo et al., 2011; Corcoran et Arensman, 2011; Uutela, 2010; Chen et al., 2010).

A munkanélküliségnek, illetve az egyéb társadalmi-gazdasági behatásoknak az öngyilkossági rátára gyakorolt hatását azért nehéz pontosan meghatározni, mivel számos, különböző irányú és erősségű, a társadalom különböző rétegeit eltérő módon érintő, egymást erősítő vagy éppen kioltó hatású tényező egyszerre van jelen. Annyi mindenesetre bizonyossággal megállapítható, hogy a rövid időszak alatt bekövetkező, markáns, sokakat érintő negatív társadalmi folyamatok kedvezőtlenül befolyásolják a populáció fizikai és mentális egészségét, és így az öngyilkossági halálozást is. Ezek a kedvezőtlen folyamatok, érthető módon, elsősorban a pszichésen rossz állapotban lévő, a kilátástalanság és reménytelenség érzésével amúgyis gyakran küszködő, fokozottan vulnerábilis egyéneknél – tehát elsősorban pszichiátriai, depressziós betegeknek – provokálnak önpusztító magatartást. Amennyiben a kedvezőtlen jelenségek csak kismértékben és lassan növekednek, ezeknek az öngyilkossági halálózásra kifejtett negatív hatásait a pozitív tényezők

(pl. a pszichiátriai/pszichológiai és a szociális ellátás javulása) kompenzálni, sőt akár túlkompenzálni is képesek. Valószínűleg ezzel magyarázható, hogy Svédországban, Dániában, Norvégiában és Finnországban 1978 és 1996 között csak az antidepresszívumok forgalmának növekedése – mint a pszichiátriai betegek jobb ellátásának indirekt markere – mutatott szignifikáns kapcsolatot a csökkenő szuicid rátákkal, a munkanélküliség és alkohol-fogyasztás nem (Isacsson, 2000). Egy 1989 és 1999 közötti időszakra kiterjedő észak-írországi vizsgálatban csak a 30 éves kor alattiaknál volt szignifikáns pozitív kapcsolat a munkanélküliség és az öngyilkossági ráta között, a 30 évnél idősebbeknél a csökkenő szuicid rátával csak a markánsan megnőtt antidepresszívum-forgalom korrelált szignifikánsan (míg ebben a csoportban a munkanélküliségi ráta és a szuicid ráta között *negatív* korreláció volt) (Kelly et al., 2003). Hasonlóképpen, 1980 és 2000 között a 19 gazdaságilag fejlett (OECD) országban – a munkanélküliségi rátát is kontroll alatt tartva – az antidepresszívumok használata mutatott szignifikáns kapcsolatot a nemzeti szuicid rátákkal (Ludwig et al., 2009).

### A JELENLEGI GAZDASÁGI VILÁGVÁLSÁG HATÁSA AZ EU-BAN, GÖRÖGORSZÁGBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

A 2007-óta tartó válság hatásának előzetes becslései szintén megtörténtek már. Stuckler és mtsai. 10 EU ország (2004 előtt csatlakozók: Ausztria, Finnország, Görögország, Írország, Hollandia, Egyesült Királyság; 2004 után csatlakozók: Csehország, Magyarország, Litvánia és Románia) munkanélküliségi és öngyilkossági adatait feldolgozva a következő eredményekhez jutottak: Ausztria kivételével minden vizsgált ország szuicid rátája minimum 5%-kal növekedett a 2007 és 2009 közötti időszakban (míg a 2000 és 2007 közötti időszakban a szuicid ráta csökkenést mutatott mind a 2004 előtt, mind a 2004 után csatlakozók csoportjában). A munkanélküliség mindkét csoportban hirtelen növekedésnek indult 2008 után (Stuckler et al., 2009; Stuckler et al., 2011).

A jelenlegi válság egyik legsúlyosabb érintettje Görögország. A munkanélküliségi ráta 3 év alatt drámaian emelkedett (2008: 6.6%; 2011: 16.6%; az emelkedés mértéke a fiatalok között még kifejezettebb volt az adott időszakban, körükben 18.6%-ról 40.1%-ra nőtt a munkanélküliség). Az említett sajnálatos tények miatt Görögország ideális „alanya” lehet a gazdasági válság és a pszichiátria tárgykörébe tartozó jelenségek epidemiológiai vizsgálatának. Az – egyelőre előzetes

– adatok egyértelmű asszociációt jeleznek a recesszió és a mentális egészség bizonyos mérőszámai között. Így az öngyilkosságok száma 17%-al nőtt 2007 és 2009 között, 25%-al 2009 és 2010 között, és 40%-os emelkedés mutatkozott 2011 első félévében (összehasonlítva 2010 első félévével). 2010-ben a segélyvonalat hívók 25%-a jelezte anyagi nehézségeit. Telefonos interjú során, SCID-et használva a major depresszió hónap-prevalenciája a felnőtt populációban (18-69 évesek) a 2008-as 3.3%-ról 6.8%-ra emelkedett 2009-re. A vizsgálatban, a munkanélküliség 2008-ban 1.65-szörös, 2009-ben 1.28-szoros rizikót jelentett a depresszió szempontjából. Úgyanígy a személyes anyagi viszonyok miatti aggodalom 1.33-szoros rizikót képviselt a depresszió kialakulásának szempontjából. A vizsgálat harmadik hullámát 2011-ben végezték el, ami megerősítette az öngyilkossági adatok riasztó voltát (2009-ben a válaszadók 1.1%-a, míg 2011-ben már 1.5%-a számolt be arról, hogy az interjút megelőző egy hónapban öngyilkossági kísérlete volt) (Economou et al., 2011; Kentikelenis et al., 2011; Madianos et al., 2011). Ugyan a fenti adatokat – olvasói levélként a *Lancet*-ben – már publikálták, hozzá kell tennünk, hogy ezek az öngyilkossági ráta tekintetében csak becslésekre hagyatkoznak, mivel jelenleg nemhogy a 2011-re, de még a 2010-re vonatkozó hivatalos adatok sem ismertek (Economou et al., 2011; Kentikelenis et al., 2011). A 2009-es hivatalos szuicid ráta magasabb ugyan, mint a 2008-as és a 2007-es, de hasonló mértékű változások már korábban is megfigyelhetők voltak, így a végső konklúziók levonására még várunk kell (Fountoulakis et al., 2011).

Magyarországon a munkanélküliek száma a 2007. évben regisztrált 312 ezerről 2011-re 471 ezere nőtt. Ugyanazén időszak alatt (2007-2010) a befejezett öngyilkosságok száma – szemben a megelőző 25 év fokozatos és kb. 50%-ot kitevő csökkenésével - 2450-ről 2492-re, míg az Országos Mentőszolgálat által detektált öngyilkossági események (kísérletek) száma (2007-2009) 8441-ről 8723-ra nőtt. Több évtizedes távlatban szemlélve ezt a kérdést a probléma meglehetősen összetettnek tűnik, hiszen az 1986-ban megindult, és 2007-ig folyamatosan csökkenőnek bizonyuló öngyilkossági ráta az 1990-es éveket követően kezdett igazán nagymértékben csökkenni, éppen akkor, amikor a munkanélküliség az 1989-es 1.7 %-ról 1996-ra 10.9%-ra nőtt. Ugyanakkor ezen időszak alatt (1989-ről 1996-ra) lényegesen megnőtt a pszichiáterek, az ambuláns pszichiátriai gondozóintézetek, a lelki elsősegély telefonszolgálatok valamint a vezetékes és mobil telefonelőfizetők száma, és közel megháromszorozódott az antidepresszívumok for-

galmazása is (Rihmer et al., 2001), ami a depressziós és szorongásos betegek ellátásának igen távoli, de jól mérhető markere (Isacson, 2000; Kelly et al., 2003, Ludwig et al., 2009). Ezen kedvező tendenciák tovább folytatódtak egészen 2007-ig, amikor is az évi 2450 befejezett öngyilkosság mellett Magyarországon az utóbbi 50 évben a legalacsonyabb volt a szuicid ráta. A hazai öngyilkossági magatartásban a 2007-es évet követően bekövetkezett kedvezőtlen változások okainak vizsgálata, a munkanélküliség növekedésével, a hazai pszichiátriai ellátás sajnálatos visszafejlődésével, illetve egyéb szöbajóhető tényezőkkel való esetleges kapcsolata további vizsgálatokat igényel.

Bár önmagában a munkanélküliség csupán az öngyilkosság másodlagos rizikótényezői közé tartozik, igen nagy szerepet tölt be a szuicid rizikó kialakulásában egyéni és társadalmi szinten egyaránt, így ennek figyelembevétele, megbecslése fontos szerepet játszhat az öngyilkosság előrejelzésével kapcsolatos modellekben valamint a prevenciót célzó orvosi-farmakoterápiás és biopszichoszociális beavatkozások megtervezésében egyaránt.

---

**Levezető szerző:** dr. Döme Péter, 1125 Budapest, SE Kútvolgyi Klinikai Tömb, Kútvolgyi u. 4.  
e-mail: dome\_peter@yahoo.co.uk

---

## IRODALOM

1. Almasi, K., Belso, N., Kapur, N., Webb, R., Cooper, J., Hadley, S., Kerfoot, M., Dunn, G., Sotonyi, P., Rihmer, Z., Appleby, L. (2009) Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry*, 9:45.
2. Amundson, N. E. & Borgen, W. A. (1982) The dynamics of unemployment: job loss and job search. *Pers Guid J*, 60: 562-564.
3. Andrés, A.R., Halicioglu, F. (2010) Determinants of suicides in Denmark: evidence from time series data. *Health Policy*, 98:263-9.
4. Andrés, A.R., Halicioglu, F., Yamamura, E. (2011) Socio-economic determinants of suicide in Japan. *J Socio Econ*, 40: 723-731.
5. Barth, A., Sögner, L., Gnams, T., Kundi, M., Reiner, A., Winker, R. (2011) Socioeconomic factors and suicide: an analysis of 18 industrialized countries for the years 1983 through 2007. *J Occup Environ Med*, 2011;53:313-7.
6. Becker-Weidman, E.G., Reinecke, M.A., Jacobs, R.H., Martynovich, Z., Silva, S.G., March, J.S. (2009) Predictors of hopelessness among clinically depressed youth. *Behav Cogn Psychother*, 37:267-91.
7. Brent, D.A., Melhem, N. (2008) Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*, 31:157-77.
8. Buda, B. Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. (Második, bővített kiadás). Animula Kiadó. Budapest, 2001.
9. Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-

- Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., Anderson, E. (2011) The health effects of economic decline. *Annu Rev Public Health*, 32:431-50.
10. Ceccherini-Nelli, A., Priebe, S. (2011) Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46:975-82.
  11. Chen, V.C., Chou, J.Y., Lai, T.J., Lee, C.T. (2010) Suicide and unemployment rate in Taiwan, a population-based study, 1978-2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45:447-52.
  12. Classen, T.J., Dunn, R.A. (2011) The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Econ*. [Epub ahead of print]
  13. Corcoran, P., Arensman, E. (2011) Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger economy. *Eur J Public Health*, 21:209-14.
  14. De Jonge, J., Schaufeli, W.B. (1998) Job characteristics and employee well-being: A test of Warr's vitamin model in health care workers using structural equation modelling. *J Organ Behav*, 19:387-407.
  15. Döme, P., Kapitány, B., Ignits, Gy., Porkoláb, L., Rihmer, Z. (2011) Tobacco consumption and antidepressant use are associated with the rate of completed suicide in Hungary: An ecological study. *J Psychiatr Res*, 45: 488-494.
  16. Duberstein, P.R., Conner, K.R., Conwell, Y., Cox, C. (2001) Personality correlates of hopelessness in depressed inpatients 50 years of age and older. *J Pers Assess*, 77:380-90.
  17. Economou, M., Madianos, M., Theleritis, C., Peppou, L.E., Stefanis, C.N. (2011) Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*, 378:1459.
  18. Edles, L.D., Appelrouth, S. *Émile Durkheim In: Sociological Theory in the Classical Era* (2nd ed.). Pine Forge Press. Thousand Oaks, California, 2010.
  19. Ernst, C., Mechawar, N., Turecki, G. (2009) Suicide neurobiology. *Prog Neurobiol*, 89:315-33.
  20. Fountoulakis, K.N., Grammatikopoulos, I.A., Sotiriou, K.A., Siamouli, M., Theodorakis, P.N. (2011) No increased suicide rate amid the economic crisis in Greece, say the evidence. Unpublished manuscript.
  21. Freeman, D.G. (1998) Determinants of youth suicide: The Easterlin-Holinger cohort hypothesis re-examined. *Am J Econ Sociol*, 57:183-198.
  22. Garrison, E.P. (1991) Attitudes toward suicide in ancient Greece. *Am Philol Assoc*, 121: 1-34.
  23. Giltay, E.J., Zitman, F.G., Menotti, A., Nissinen, A., Jacobs, D.R. Jr, Adachi, H., Kafatos, A., Kromhout, D.; Seven Countries Study Group. (2010) Respiratory function and other biological risk factors for completed suicide: 40 years of follow-up of European cohorts of the Seven Countries Study. *J Affect Disord*, 120:249-53.
  24. Goodwin, F.K., Jamison, K., R. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). Oxford University Press, New York, 2007.
  25. Goodwin, R.D., Marusic, A. (2008) Association between short sleep and suicidal ideation and suicide attempt among adults in the general population. *Sleep*, 31:1097-101.
  26. Gyarmati, Á., Medvegyev, P. (2011) Válság és hiteldirektívák. A szintetikus fedezett adóssághitelezettségek (CDO-k) árazása és kockázataik. *Közgazdasági Szemle*, 58: 949-969.
  27. Hamermesh, D.S., Soss, N.M. (1974) An economic theory of suicide. *J Polit Econ*, 82: 83-98.
  28. Hawton, K., van Heeringen, K. (2009) Suicide. *Lancet*, 373:1372-81.
  29. Henkel, D. (2011) Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev*, 4:4-27.
  30. Henry, A. F.; Short, J.F. *Suicide and Homicide*. Free Press, New York, 1954.
  31. Inoue, K., Nishimura, Y., Nishida, A., Fukunaga, T., Masaki, M., Fujita, Y., Nata, M., Okazaki, Y., Ono, Y. (2010) Relationships between suicide and three economic factors in South Korea. *Leg Med (Tokyo)*, 12:100-1.
  32. International Labour Organization. *World of Work Report 2011*. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_166021.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_166021.pdf)
  33. Isacsson, G., 2000. Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand*, 102: 113-117.
  34. Jee, S.H., Kivimaki, M., Kang, H.C., Park, I.S., Samet, J.M., Batty, G.D. (2011) Cardiovascular disease risk factors in relation to suicide mortality in Asia: prospective cohort study of over one million Korean men and women. *Eur Heart J*, 32:2773-80.
  35. Jeong, J., Shin, S.D., Kim, H., Hong, Y.C., Hwang, S.S., Lee, E.J. (2011) The effects of celebrity suicide on copycat suicide attempt: a multi-center observational study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Epub ahead of print].
  36. Joiner, T.E. Jr., Brown, J.S., Wingate, L.R. (2005) The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol* 56:287-314.
  37. Jusufbegovic, J., Ottoson J. (2011) Understanding Suicide: A Socio-Economic Approach. <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:443069>
  38. Kao, Y.C., Liu, Y.P., Lu, C.W. (2011) Beck Hopelessness Scale: Exploring its Dimensionality in Patients with Schizophrenia. *Psychiatr Q* [Epub ahead of print]
  39. Kapusta, N.D., Niederkrotenthaler, T., Etzersdorfer, E., Voracek, M., Dervic, K., Jandl-Jager, E., Sonneck, G. (2009) Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiatr Scand*, 119:236-242.
  40. Kelly, C.B., Ansari, T., Rafferty, T., Stevenson, M. (2003) Antidepressant prescribing and suicide rate in Northern Ireland. *Eur Psychiatry*, 18:325-328.
  41. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011) Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378:1457-8.
  42. KSH (Központi Statisztikai Hivatal) adatai (letöltve 2011. 12. 13-án): [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_evkozi/e\\_qlf012.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_qlf012.html); [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf012.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf012.html)
  43. Lester, D., Yang, B. *The Economy and Suicide. Economic Perspectives on Suicide*. Nova Science Publishers. Commack, New York, 1997.
  44. Lewis, M. *A nagy dobás. Alinea Kiadó, Budapest, 2010.*
  45. Ludwig J, Marcotte DE, Norberg K. (2009) Anti-depressants and suicide. *J Health Econ*, 28: 659-76.
  46. Lundin, A., Hemmingsson, T. (2009) Unemployment and suicide. *Lancet*, 374:270-1.
  47. Lundin, A., Lundberg, I., Hallsten, L., Ottoson, J., Hemmingsson, T. (2010). Unemployment and mortality – a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *J Epidemiol Community Health*, 64:22-8.
  48. Luo, F., Florence, C.S., Quispe-Agnoli, M., Ouyang, L., Crosby, A.E. (2011) Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007. *Am J Public Health*, 101:1139-46.
  49. Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C. (2011) Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46:943-52.
  50. Mäki, N., Martikainen, P. (2010) A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment in Finland. *J Epidemiol Community Health* [Epub ahead of print].



51. Mann, J.J., Currier, D.,M. (2007) Prevention of Suicide. *Psychiatric Annals*, 37: 331-339.
52. Ohtsu, T., Kokaze, A., Osaki, Y., Kaneita, Y., Shirasawa, T., Ito, T., Sekii, H., Kawamoto, T., Hashimoto, M., Ohida, T. (2009) Blue Monday phenomenon among men: suicide deaths in Japan. *Acta Med Okayama*, 63:231-6.
53. Pacula, R.,L. (2011) Substance use and recessions: what can be learned from economic analyses of alcohol? *Int J Drug Policy* 22:326-34.
54. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. (2009) Community mental-health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373: 147-153.
55. Razvodovszky, Y.E. (2011). Alcohol consumption and suicide in Belarus, 1980-2005. *Suicidol Online*, 2: 1-7.
56. Rehkopf, D.H., Buka, S.L. (2006) The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med*, 36:145-57.
57. Ribeiro, J.D., Pease, J.L., Gutierrez, P.M., Silva, C., Bernert, R.A., Rudd, M.D., Joiner, T.E. Jr. (2011) Sleep problems outperform depression and hopelessness as cross-sectional and longitudinal predictors of suicidal ideation and behavior in young adults in the military. *J Affect Disord* [Epub ahead of print].
58. Rihmer, A. (2009) Az öngyilkossági kísérletek klinikai és pszichoszociális vonatkozásai, különös tekintettel az affektív temperamentumra, a gyermekkori abúzusokra és a nemi különbségekre. Doktori értekezés. [http://phd.sote.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/rihmerannamaria.m.pdf](http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/rihmerannamaria.m.pdf)
59. Rihmer, Z. (1996) Strategies of suicide prevention: focus on health care. *J Affect Disord*, 39:83-91.
60. Rihmer, Z., Belso, N., Kalmar, S. (2001) Antidepressants and suicide prevention in Hungary, *Acta Psychiatr Scand*, 103: 238.
61. Rihmer, Z., Kantor, Z., Rihmer, A., Seregi, K. (2004) Suicide prevention strategies – a brief review (Hungarian). *Neuropsychopharm Hung*, 6:195-199.
62. Rihmer, Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20:17-22.
63. Sarchiapone, M., Jaussent, I., Roy, A., Carli, V., Guillaume, S., Jollant, F., Malafosse, A., Courtet, P. (2009) Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry*, 24:57-62.
64. Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K., Seidler, A. (2011) Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Res*, 190:265-70.
65. Sebestyén, B., Rihmer, Z., Balint, L., Szokontor, N., Gonda, X., Gyarmati, B., Bodecs, T., Sandor, J. (2010) Gender differences in antidepressant use-related seasonality change in suicide mortality in Hungary, 1998-2006. *World J Biol Psychiatry*, 11:579-85.
66. Selvin, H.C. (1958) Durkheim's Suicide and Problems of Empirical Research. *Am J Sociol*, 63:607-619.
67. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374:315-23.
68. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2011) Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378:124-5.
69. Uutela, A. (2010) Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry*, 23:127-30.
70. Wanberg, C.R. (2012) The individual experience of unemployment. *Annu Rev Psychol*, 63:369-96.
71. WHO, letöltve: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
72. Yang, B. (1992) The economy and suicide: a time-series study of the USA. *Amer J Econ Sociology*, 5:187-199.
73. Yip, P.S., Caine, E.D. (2011) Employment status and suicide: the complex relationships between changing unemployment rates and death rates. *J Epidemiol Community Health*, 65:733-6.
74. Zhang J. (2011) Epidemiological link between low cholesterol and suicidality: a puzzle never finished. *Nutr Neurosci*, 14:268-87.
75. Zhang, J., Ma, J., Jia, C., Sun, J., Guo, X., Xu, A., Li, W. (2010) Economic growth and suicide rate changes: a case in China from 1982 to 2005. *Eur Psychiatry*, 25:159-63.
76. Zivin, K., Paczkowski, M., Galea, S. (2011) Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychol Med*, 41:1343-8.
77. Zonda, T., Bozsonyi, K., Veres, E., Lester, D., Frank, M. (2008-2009) The impact of holidays on suicide in Hungary. *Omega (Westport)*, 58:153-62.

## Economic recession, unemployment and suicide

Considering the ongoing global economic crisis which began in 2007 it is reasonable to discuss its possible and expectable effects on mental health. In our narrative review we have summarized the scientific literature on the relationship between economic downturns, unemployment and suicide rate. In addition, we have summarized the theories about the background of this relationship as well. Suicide is an extremely complex phenomenon since it is influenced by several environmental and genetic factors. Furthermore, some of these factors are mutually interrelated, so the independent effect of these frequently remains elusive and hard to investigate from a methodological point of view. Although results are somewhat contradictory, it seems that unemployment is an independent risk factor for both suicide and depression. The first papers about the effect of the current economic crisis on suicide rates have been published and their results confirmed the association between the rise of unemployment rate and the increase of suicide rate in both old and new members of the European Union. Although psychiatric, and primarily depressive illness is a major risk factor for suicide, understanding the contributing role of other etiologic factors in their complex relationship may be an important task in predicting and preventing suicide both at the level of at risk individuals and the whole population.

**Keywords:** unemployment, economic recession, suicide, depression