

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

RIHMER ZOLTÁN^{1,2} ÉS NÉMETH ATTILA²

¹ Semmelweis Egyetem, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest

² Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

A major depresszió gyakori, de még mindig aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség, amely komplikációival együtt (öngyilkosság, másodlagos alkoholizmus, munkából való kiesés, 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 halálozásra. Nemzetközi adatokhoz hasonlóan hazánkban is igazolható, hogy a depressziók kiterjedtebb és hatékonyabb kezelése meghatározó tényező a hazai öngyilkossági halálozásnak az utóbbi 30 évben bekövetkezett több mint 50 százalékos csökkenésében. (*Neuropsychopharmacol Hung 2014; 16(4): 195–204*)

Kulcsszavak: antidepresszívumok, major depresszió, népegészségügyi jelentőség, pszichiátriai ellátórendszer, öngyilkosság, öngyilkosság megelőzés

A DEPRESSZIÓ TÁRSADALMI-NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTŐSÉGE

Az unipoláris major depresszió mind előfordulási gyakoriságát, mind egyéni és társadalmi jelentőségét illetően a pszichiátria és az orvostudomány egyik legfontosabb problémája. A depresszió orvosi értelemben vett betegség és sokkal szűkebb kategóriát jelöl, mint a mindennapi élet során gyakran tapasztalt társadalmi, illetve egyéni problémák által motivált szomorúság vagy rossz közérzet. Az unipoláris major depresszió az egyik leggyakoribb pszichiátriai betegség. Hat európai országra kiterjedő (Belgium, Franciaország, Hollandia, Németország, Olaszország, Spanyolország) nagy nemzetközi felmérés szerint a major depressziók egy éves prevalenciája átlagosan 5 százalék, míg egy finn és egy másik hollandiai vizsgálat szerint ezek az értékek 5,0, illetve 5,8 százaléknak bizonyultak (Paykel és mtsai, 2005). Az Európai Unióban tehát az évente major depresszióban szenvedő betegek száma kb. 18,4 millióra tehető (Wittchen és Jacobi, 2005). Nemzetközi adatokhoz hasonlóan hazai felmérések szerint a major depresszió élettartam, 1 éves és 1 hónapos

prevalenciája a felnőtt lakosság körében 15,1%, 7,1% és 2,6%, és ennek alapján nálunk a major depressziók egy éves előfordulási gyakorisága az európai átlagnál magasabb. Magyarországon tehát minden adott hónapban kb. 200.000 és minden évben közel 700.000 major depressziós beteggel kell számolni, akik közül csak mintegy 40-45% áll jelenleg orvosi (gyógyszeres) kezelés alatt (Szádóczy és mtsai, 2000; Rihmer és Angst, 2009; Gusmao és mtsai, 2013; Rihmer és mtsai, 2013a). Az unipoláris major depresszió 1990-ben a világon a negyedik leggyakoribb oka volt a teljes egészségben megélhető életevek elvesztésének (Disability Adjusted Life Years, DALY), míg 2010-ben a harmadik, és a 2020-ra szóló előrejelzések szerint az iszkémiás szívbetegek mögött a második helyet foglalja majd el (Murray és Lopez, 1996; Möller és mtsai, 2012). A legfrissebb előrejelzések még borúlátóbbak, ezek szerint 2030-ra az unipoláris depresszió és a következményes öngyilkosság lesz a DALY leggyakoribb oka (Möller és mtsai, 2012). Az unipoláris major depresszió ritkább bipoláris betegség – melynek lefolyása során a depressziós epizódok tízszer gyakoribbak, mint a (hipo)mániás periódusok, és amely

betegségben az öngyilkossági rizikó a legmagasabb – a maga 5,1 százalékos élettartam- és 2,7 százalékos egy éves prevalenciájával nemcsak Európában, hanem a világon is hazánkban a leggyakoribb (Szádóczy és mtsai, 2000; Rihmer és Angst, 2009).

A nem kezelt major depresszió és bipoláris betegség gyakori komplikációi a tartós munkaképtelenség/korai rokkantosság/munkanélküliség, a másodlagos alkohol/drog abúzus és dependencia, a dohányzás, a fokozott szomatikus (kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris) morbiditás és mortalitás, valamint a kifejezetten emelkedett öngyilkossági rizikó (Mann és mtsai, 2005; Rihmer, 2007; Rihmer és Angst, 2009; Whooley, 2006; Hawton és van Heeringen, 2009; Döme és mtsai, 2011). A befejezett öngyilkosságot elkövetők több mint kétharmada aktuálisan (többnyire nem kezelt) depressziós epizódban szenved. A nem kezelt major depressziós betegek 5-10 százaléka öngyilkosság következtében hal meg, és több mint egyharmaduk kísérel meg legalább egy alkalommal szuicidiumot élete során (Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009, Möller és mtsai, 2012). Ugyanakkor az antidepresszív gyógyszeres kezelésben részesülő depressziós betegek szuicid rizikója kb. 75-80 százalékkal csökken (Mann és mtsai, 2005; Rihmer és Gonda, 2013). A depressziók felismerésében és kezelésében mind nemzetközi, mind hazai vonatkozásban az utóbbi két évtizedben lényeges javulás volt tapasztalható, és a rendelkezésre álló korszerű antidepresszívumok és pszichoterápiás eljárások segítségével ma már a major depressziók döntő többsége ambulánsan is sikeresen kezelhető. Sajnos ennek ellenére a depresszió a világon még ma is mindenütt aluldiagnostizált és alulkezelt betegség. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban végzett populációs vizsgálatok szerint a fokozatosan javuló tendencia ellenére a major depresszióban szenvedő betegeknek még mindig csak 30-60 százaléka áll kezelés alatt (American Psychiatric Association, 2010; Rihmer és Angst, 2009; Rihmer és mtsai, 2013a; Möller és mtsai, 2012; Gusmao és mtsai, 2013). A 2009-es év adatai alapján az 1000 főre eső napi antidepresszívumfogyasztás (DDD/1000 fő/nap) Ausztriában 57, Bulgáriában 8, Dániában 78, Csehországban 36, Görögországban 49, Olaszországban 37, Litvániában 16, Svédországban 72, Svájcban 49, Szlovéniában 43, míg Magyarországon 25 (Gusmao és mtsai, 2013). Mint láthattuk hazánkban a major depresszió előfordulási gyakorisága Európában az egyik legmagasabb, ennek ellenére az 1000 főre számított éves antidepresszívum forgalom az utóbbi 30 évben bekövetkezett több mint tizenegyszeres növekedés

ellenére még mindig a legutolsók között van, jelezvén egyben azt is, hogy nem igaz az a gyakran hangoztatott hiedelem és állítás, miszerint a hazai lakosság antidepresszívumok tekintetében (is) túl-gyógyszerelt.

Jól ismert, hogy a depresszióval összefüggő társadalmi-anyagi teher nagyobb, mint a hipertónia, asztma, reumatoid artritisz és az oszteoporózis miatti kiadások. Ugyanakkor a nem kezelt depresszió okozta társadalmi kár (a beteg és sokszor hozzátartozóinak munkából való kiesése, korai halálozás stb.) sokkal nagyobb, mint a depresszió kezelésének költségei, amelyben egyébként a gyógyszerek részesedése a különböző országokban végzett vizsgálatok szerint csak 6-29 százalék között változik (Rosenbaum és Hylan, 1999; Berto és mtsai, 2010; Karampampa és mtsai, 2011).

A DEPRESSZIÓK KITERJEDTEBB ÉS HATÉKONYABB KEZELÉSÉNEK HATÁSA A SZUICID MORTALITÁSRA – NEMZETKÖZI EREDMÉNYEK ÉS A HAZAI ADATOK ELEMZÉSE 2006-IG

Bár az öngyilkosság rendkívül komplex probléma számos orvosi-pszichiátriai, pszichológiai, szociális, kulturális és demográfiai összetevővel, a befejezett öngyilkosságot elkövetők 56-87 százaléka aktuálisan (többnyire nem kezelt) major depressziós epizódban szenved halála idején (Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009) és az unipoláris és bipoláris major depressziós epizód egy éves prevalenciája 5-10 százalék (Szádóczy és mtsai, 2000; Rihmer és Angst, 2009). Ugyanakkor mivel a depressziók hatékony kezelése kb. 80 százalékkal csökkenti a befejezett öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek számát (Rihmer és Gonda, 2013), az öngyilkossági halálozás rövid-, illetve hosszútávon észlelhető változása aligha független a depressziók jobb és kiterjedtebb akut és hosszú távú kezelésétől. Az öngyilkosság-megelőző stratégiák átfogó elemzése azt mutatta, hogy a két, bizonyítottan hatékony módszer az orvosok, illetve egészségügyi személyzet képzése a depresszió felismerésére és kezelésére, valamint a halálos módszerek elérhetőségének korlátozása (Mann és mtsai, 2005).

A depresszió és öngyilkosság ezen régóta ismert kapcsolatát figyelembe véve már az 1990-es évek közepén látható (és várható) volt, hogy a kezelt depressziós betegek arányának fokozatos növekedése során egy bizonyos ponton túl a szuicid-prevenációs hatásnak meg kell mutatkoznia az adott terület/ország szuicid rátájának csökkenésében is (Rihmer, 2001). Mivel azonban egy adott ország/régió öngyilkossági rátáját

számos tényező befolyásolja, a depressziók kiterjedtebb és jobb kezelésének hatását nem könnyű izolálni. Szerencsére az öngyilkosság-kutatás eredményei valamint a matematikai statisztika tudományának kifinomult módszerei ezt lehetővé teszik. Mivel az öngyilkosságok jól ismert szezonális variációja (tavaszi, kora nyári maximum, téli minimum) a depresszióval kapcsolatos öngyilkosságok évszaki ingadozásának következménye, ha a szuicid ráta csökkenése mögött a depressziós öngyilkosok számának csökkenése áll, a szezonális amplitúdójának is csökkennie kell. És valóban, svédországi, németországi és hazai vizsgálatainkban azt találtuk, hogy a szuicidumok, illetve a szuicid kísérletek csökkenésével párhuzamosan az öngyilkos események szezonális amplitúdója is csökkent (Rihmer és mtsai, 1998; Mergl és mtsai, 2010; Sebestyén és mtsai, 2010).

Magyarországon először 1997-ben demonstráltuk, hogy oki összefüggés lehet a depressziók gyakoribb kezelése és az 1984 óta fokozatosan csökkenő országos szuicid ráta között. 1984 és 1995 között az országos szuicid ráta 45,9/100.000 fő/évről 32,9/100.000 fő/évre (vagyis 28 százalékkal) csökkent, miközben az antidepresszívumok forgalmazása 2,5 DDD/1000 fő/éves értéke több mint kétszeresére nőtt (Rihmer, 1997). Ezt követően ismételt elemzéseinkben egyre hosszabb időintervallumokra vonatkozólag mutatuk ki, hogy a depressziók kiterjedtebb és eredményesebb kezelése az egyéb szóba jöhető tényezőket (pl. munkanélküliség, alkohol forgalom stb.) is figyelembe véve meghatározó (ha nem is kizárólagos) szerepet játszik a hazai szuicid ráta 1984 óta bekövetkezett folyamatos, 2007-ig tartó csökkenésében (Rihmer 2001, 2003, 2004; Rihmer és mtsai, 2000, 2001, 2013a; Rihmer és Akiskal, 2006; Kalmár és mtsai, 2008; Sebestyén és mtsai, 2010; Döme és mtsai, 2011; 1. táblázat). Az 1984-es és 2006-os évek között a hazai szuicid ráta 45,9/100.000 fő/évről 24,4/100.000 fő/évre (vagyis 47 százalékkal) csökkent, miközben az antidepresszívumok forgalmazása, amelyről tudjuk, hogy a depressziók kezelésének távoli – de a hosszútávú trendek elemzése szempontjából megbízható – markere 2,5 DDD/1000 fő/napról 25,4 DDD/1000 fő/napra (tehát tízszeresére) nőtt.

A hazai szuicid rátában bekövetkezett ezen markáns csökkenés világviszonylatban is a legnagyobbak közé tartozik. Bár a jelzett időszak alatt Magyarországon lényeges társadalmi-gazdasági változások történtek, és ezek döntő többsége a szuicid rizikófaktorok növekedése irányában hat (fokozódó társadalmi polarizáció, megjelenő, illetve az 1990-es éveket megelőző időszakokhoz képest kifejezetten

emelkedett munkanélküliség, növekvő válási ráta, csökkenő születésszám stb.). Elfogultság nélkül állíthatjuk tehát, hogy a hazai szuicid halálozásban bekövetkezett nagy csökkenés egyik fő (de korántsem kizárólagos) oka a hazai pszichiátriai szemlélet és gyakorlat jelentős fejlődése. Ebben a depressziók korai felismerése és eredményesebb kezelése, illetve a korszerű antidepresszívumok elterjedése, az új rendszerű pszichiáterrezidens-képzés, az ambuláns pszichiátriai ellátóhelyek és a pszichoterápiás rendelések számának növekedése, a közösségi pszichiátriai szemlélet és gyakorlat terjedése, a családorvosok rendszeres depresszióra irányuló továbbképzése, a pszichiáter szakorvosok és a szuicid prevenció (telefon) szolgálatok számának a 2000-es évek közepéig történő folyamatos növekedése, valamint a vezeték, de elsősorban a mobil telefonvonalak számának többszörösére való növekedése, és a médiában is rendszeresen megjelenő pszichiátriai, pszichológiai felvilágosító tevékenység lényeges szerepet játszik. A hazai szuicid halálozásban az 1984 óta tartó folyamatos csökkenés 2007-től 2012-ig megállt, illetve a szuicid ráta stagnált (ld. 1. táblázat), és ennek a világgazdasági krízis melletti másik lehetséges okát a következő fejezetben tárgyaljuk.

A 2007-ES EGÉSZSÉGÜGYI REFORM HATÁSA A PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZERRE ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁGI MAGATARTÁSRA

Az egészségügyi kormányzat 2007-ben radikális változásokat vezetett be az egészségügyi rendszerben, amely a pszichiátriát érintette a legsúlyosabban, és ennek negatív következményeit a legrészletesebben az Állami Számvevőszék 2012 júliusában publikált átfogó vizsgálata (továbbiakban ÁSZ jelentés, 2012) tárta fel. Minden előzetes felmérés és szakmai konzultáció nélkül bezárásra ítélték az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet (OPNI), és az aktív pszichiátriai ágyak számát – országos szinten – 20%-kal csökkentették (3881-ről 3104-re), és 11 kórházban meg is szüntették a pszichiátriai aktív fekvőbeteg-ellátást. Ahelyett, hogy – az ágyszám csökkentést kompenzáló – fejlesztették volna a járóbeteg-ellátást, a pszichiátriai gondozók fix finanszírozását is 50%-kal csökkentették. Ezekkel a döntésekkel minden ellátási szinten romlott a betegek hozzájutása a megfelelő kezeléshez. Az OPNI bezárásáig 800 ezer lakos pszichiátriai és neurológiai ellátását biztosította, az országos feladatok ellátása mellett. A 2007. április 1-jén megkezdett felszámolás 8 hónapig tartott. Ez idő alatt összesen 849 pszichiátriai és neurológiai ágyat, számos

1. táblázat Az antidepresszívumok forgalma, a munkanélküliségi ráta, az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) által jelentett összes szuicid esemény és az országos szuicid ráta 1980 és 2013 között Magyarországon.

Év	Antidepresszívum forgalom (DDD/1000 fő/nap)	Munkanélküliségi ráta (%)	Az OMSZ által detektált összes szuicid esemény/100.000 fő	Szuicid ráta (öngyilkosok száma/100.000 fő)
1980				44,9
1981				45,6
1982	2,51	0 (?)		43,5
1983				45,9
1984				45,9
1985	2,67			44,3
1986	2,74		237,3	45,3
1987	2,80		222,4	45,0
1988	3,10		222,0	41,3
1989	3,40		213,8	41,5
1990	3,70		191,4	39,8
1991	3,80		178,2	38,6
1992	3,90	9,9	177,0	38,7
1993	4,03	12,1	163,0	35,8
1994	5,18	10,8	155,9	35,3
1995	6,48	10,3	130,0	32,9
1996	8,13	10,0	121,5	33,7
1997	10,13	8,8	119,4	31,6
1998	12,29	7,8	100,1	32,0
1999	13,28	7,0	97,9	33,0
2000	13,65	6,4	97,2	32,5
2001	16,28	5,7	99,4	29,2
2002	18,28	5,8	94,5	27,9
2003	21,25	5,9	92,2	27,6
2004	20,88	6,1	86,4	27,1
2005	23,57	7,2	84,8	26,0
2006	25,41	7,5	80,3	24,4
2007	24,61	7,4	84,4	24,3
2008	26,24	7,8	84,5	24,7
2009	26,33	10,0	87,2	24,5
2010	27,08	11,2	82,6	24,9
2011	27,60	10,9	88,0	24,2
2012	26,80	10,9	66,5	23,7
2013	27,64	10,2	54,6	20,9

szakambulanciát (köztük a budai oldalon egyedülként működő drogambulanciát), sok – nemzetközileg is elismert – kutatólaboratóriumot (patokémiai labor, neuropatológiai laboratórium, alvászlaboratórium stb.) számoltak fel. Az OPNI a betegellátáson kívül kutató, oktató, valamint szakmai irányító és ellenőrző funkciókat is ellátott. Bezáráskor a vezető beosztásban dolgozó szakemberek jelentős részét nyugdíjazták, vagy nyugdíjba mentek, a fiatalabbak közül sokan külföldre távoztak. Az ÁSZ jelentés (2012) szerint 2006. évben az OPNI pszichiátriai osztályain dolgozó orvosoknak csak mintegy 60%-a (44 fő) végzett 2011-ben is aktív gyógyító tevékenységet. A 2007-es évet követően legalább 120 fiatal vagy középkorú pszichiáter szakorvos vállalt munkát külföldön, és csak töredéküket tudta pótolni az azóta kiképződött szakember gárda. Az Országos Pszichiátriai Központ adatbázisa alapján 2006. december 1-jei állapota szerint 610,5 orvos (ebből 423,6 pszichiáter) dolgozott a pszichiátriai osztályokon. Ezt követően minden évben egyre kevesebben dolgoztak egészen 2009-ig bezárólag, ekkor 509 orvos (ebből 375,5 pszichiáter) szerepelt a nyilvántartásban. 2010-től kezdődően emelkedett a létszám, és a 2011. december 1-jei állapot szerint nagyjából elérte a 2006-os szintet (611,5 orvos, ebből 409,5 pszichiáter). A gondozókban is hasonló volt a trend. 2006-ban még 292,4 szakorvos dolgozott, ezt követően folyamatosan csökkent a számuk (2009-ben 222,6 szakorvos), majd lassú növekedés mutatkozott (2010-ben 233,1, 2011-ben 255,2), de nem érte el a 2006-os szintet. A kormány eredeti tervei közül egy sem vált valóra. A területi ellátási különbségek változatlanul fennmaradtak és az orvoshiánnyal küzdő régiókban sem mérséklődött a pszichiáterhiány, ráadásul – országos szinten – tovább csökkent a korábban is kevés gyermekpszichiáterek, valamint pszichiátriai szakápolók száma. Az ÁSZ jelentés (2012) adatai szerint a gyermekpszichiáterek száma a 2006. évi 151 főről a 2011. évre 127 főre csökkent, a pszichiátriai ápolók száma a 2006. évi 691 főről a 2011. évre 490 főre esett vissza.

Az Állami Számvevőszék vizsgálatának legfontosabb megállapításai

Az ÁSZ jelentés (2012) a 2006 és 2010 közötti időszakra vonatkozóan a pszichiátriai ellátással kapcsolatban az alábbi legfontosabb megállapításokat tette:

- Az egészségbiztosító a 2006. év és a 2010. év között 92,5 milliárd Ft-ról 87,9 milliárd Ft-ra (5%-kal, 4,6 milliárd Ft-tal) mérsékelte a pszichiátriai betegellátás egészségügyi kiadásait (gyó-

gyító-megelőző és gyógyszer kiadások összesen). Ugyanakkor a szociális ágazatban 14,7 milliárd Ft-ról 19,4 milliárd Ft-ra (32,0%-kal, 4,7 milliárd Ft-tal) emelkedtek a kiadások (bentlakásos, nappali és közösségi ellátások kiadásai együtt).

- Az OEP a pszichiátriai gondozók finanszírozására a 2006. évben 3956,5 millió Ft, míg a 2010. évben 3138,6 millió Ft (817,9 millió Ft-tal kevesebb) díjazást fizetett ki.
- A fekvőbeteg-szakellátás mellett működtetett nappali kórházak száma a 2006. évről a 2010. évre 11-ről 9-re csökkent (forrás: GIGASTAT (OEP)), ami tovább rontotta a hozzáférési esélyeket.
- A depressziós betegek kezelési arányszáma – a várt növekedéssel szemben – csökkent. Az ellátott depressziós betegek száma hatezer fővel volt kevesebb 2010-ben 2006-hoz viszonyítva (121.104 fő-ről lecsökkent 115.370 főre), melynek háttérében az ellátásokhoz való hozzáférés nehezítettége állt.
- Az egy depressziós betegre jutó közfinanszírozás 2006. és a 2010. évek között 28%-kal (603 ezer Ft/év/főről 433 ezer Ft/év/főre) csökkent (zárójelben jegyezzük meg, hogy a szkizofréniában szenvedő betegeknel ez lényegében nem változott (1228 ezer Ft/év/főről csak 1224 ezer Ft/év/főre csökkent, ami 0,3%).
- A kiváltott vények száma – a pszichiátriai gyógyszerekre vonatkozóan – 22%-kal csökkent (6,3 millió darabról 4,9 millió darabra).
- Az antidepresszívumot kiváltó betegek száma is csökkent. Kétségtől a kezelésbe vont depressziós betegek száma és az antidepresszívum-fogyás között szoros, de nem kizárólagos az összefüggés, ezért több megközelítésben vizsgálta a kérdést az ÁSZ. Az egyik megközelítés szerint a teljes pszichiátriai betegkörből az antidepresszívumot kiváltó betegek száma a 2006. évben 325 ezer fő volt, ami a 2010. évre 295 ezerre csökkent (9%-os csökkenés). A másik megközelítésben, a depresszió betegkörben (azaz az F30-F39 BNO-val besorolt betegek) a – pszichiátriai betegségek kezelésére szolgáló ATC kódú – gyógyszert kiváltók száma 2006. évben 121 ezer fő, a 2010. évben 101 ezer fő volt (17%-os csökkenés), azaz – mindkét megközelítés szerint – csökkent a rendszeres gondozásban résztvevő és az antidepresszívumot kiváltó betegek száma.
- A depresszió fajlagos gyógyszer-támogatása a 2006. évről a 2010. évre 45.900 Ft/főről 45.800 Ft/főre csökkent. Kedvező, hogy az ebből az összegből kiváltott gyógyszerek átlagos mennyisége nőtt, évi 297 DOT-ról 357 DOT-ra. Mivel a támogatott

beteg száma 121.104 főről lecsökkent 115.370 főre, így az egy főre jutó gyógyszer-támogatás csökkenése nem jelenthette egyben a célszerű és költséghatékonyabb pszichiátriai ellátás irányába történő elmozdulást. A csökkenő támogatotti létszám ellentmond a nemzetközi felméréseknek, és arra utal, hogy számos depressziós beteg nem jutott megfelelő ellátáshoz.

- Az OEP adatai szerint az öngyilkossági magatartás a következőképpen alakult: 2006 és 2010 között az öngyilkossági kísérletek száma 14%-kal (14,4 ezer főről 16,8 ezer főre) nőtt, a fekvőbeteg-ellátásban részesült öngyilkossági kísérlet elkövetők száma 16%-kal nőtt (10.361 főről 11.980 főre), és a befejezett öngyilkosságok száma (2461-ről 2492-re) is enyhén emelkedni kezdett. Mind a kísérleteket, mind a befejezett öngyilkosságokat illetően az elmúlt 20 évben észlelt csökkenő tendencia megállt, és megfordulni látszott.
- Az Országos Mentőszolgálatnál regisztrált összes öngyilkossági esemény (döntő többségük kísérlet) száma a 2006. és a 2009. évek között nőtt 8025-ről 8723-ra, a 2010. évben 8256 volt, amely még mindig magasabb volt 8%-kal 2006-hoz képest.
- Pozitív változás csak a közösségi ellátásban mutatkozott. 2006 és 2008 között 900 millió Ft-tal nőtt a közösségi ellátások támogatása, és jelentősen emelkedett a közösségi ellátásába bevont pszichiátriai és addiktológiai betegek száma (8005 főről 60 280 főre).
- A lelki elsősegély szolgálatok változatlanul 100%-os lefedettséggel működtek. A szolgáltatásuk (116-123-as telefonszám) már ingyenesen hívható volt mobilszámokról is.

Pozitív változások a hazai pszichiátriában 2010 után

Az új kormány a Semmelweis terv fő célkitűzései között szerepeltette „a szétzilált, korábban világszínvonalú pszichiátriai ellátórendszer megerősítését” és deklarálta, hogy „nagy szükség van tehát a korszerű, betegközpontú pszichiátriai és addiktológiai gondozó és rehabilitáló intézményhálózat kialakítására, továbbá egy, a módszertani-szervezési, valamint kutatási feladatokat elvégző, és egyes speciális területeken kiemelt ellátásra képes központ újraszervezésére”.

Az új miniszter 2011-ben a hiányszakmák között a pszichiátriát is nevesítette, majd egy év múlva már a gyermek- és ifjúságpszichiátriát is. A rezidensek támogatásával a személyi feltételek javítását ösztönözték

és – mint előbb láthattuk – 2010 után a hazánkban dolgozó pszichiáterek száma is növekedésnek indult. Egy kormányrendelet alapján a hiányszakmát választó pályakezdekők munkabéren felüli támogatásban részesülnek.

A 2011/2012 évektől ismét kedvező változások tapasztalhatók az öngyilkos magatartásban.

- Az Országos Mentőszolgálat hivatalos adatai szerint az öngyilkossági esemény miatti mentő-kivonulások száma (ezek túlnyomó többsége szuicid kísérlet) 2006-ig fokozatosan csökkent (8025), ezután 2011-ig kissé emelkedett (8795 eset), de 2012-ben már csak 6651 és 2013-ban 5463 volt (37%-os csökkenés az utóbbi két évben).
- A befejezett öngyilkosságok száma 2011-ben ismét csökkenni kezdett (2492-ről 2422-re), majd tovább mérséklődött 2012-ben (2350), és 2013-ban jelentős – 11%-os – csökkenés volt észlelhető (2093). Ilyen mértékű változás az elmúlt 50 év alatt egyszer sem fordult elő, ezért nem valószínű, hogy ez spontán fluktuáció következménye lenne.

Mi lehet a magyarázata a hazai szuicid halálozás 2007 utáni alakulásának?

Mint láthattuk, a hazai öngyilkossági halálozás 1984-től fogva észlelhető fokozatos és nagymértékű csökkenése 2007 után pár évre megtorpant. A 2007-es évet követően a társadalmi-gazdasági viszonyok, az alkoholfogyasztás mértéke, a hajléktalanság érdemben nem változott, a munkanélküliség 2012-ig nőtt, majd azóta csökken (Rihmer és mtsai, 2013a, 2013b, 1. táblázat). A gazdasági világválság csak 2008-ban kezdődött és az ezt követően fokozódó munkanélküliségnek is szerepe lehet a hazai szuicid ráta 2007 és 2011 közötti stagnálásában (Rihmer és mtsai, 2013b). Ugyanakkor a devizahitelekből származó problémák éppen 2010 után csúcsosodtak ki, amikor több százezer család súlyos adósságba és egyben reménytelennek tűnő helyzetbe került. Több pszichiátriai ágy sem lett, de a 2007-es sokkszerű leépítés után az ellátórendszer fokozatosan „magához tért”. A kezdeti kaotikus állapotok, amely a területi átrendeződés, a beutalási rend, a betegutak változásából adódtak, lassan rendeződtek. Újból emelkedik az antidepresszívumok forgalma, 2011-ben stabillá vált a pszichiátriai gondozók finanszírozása a homogén gondozási kódok (HGK) bevezetésével, megszűnt a létbizonytalanságuk, és 2012-ben megindult az új országos intézet szervezése, amely 2013. június 3-án hivatalosan is megkezdte működését a Nyíró Gyula

Kórház területén. Ugyanakkor meg kell jegyezni az is, hogy 2010 után nem lett jobb sem a közösségi ellátás, sem a Lelki Elsősegély Telefonszolgálat finanszírozása.

MEGBESZÉLÉS

A kiterjedtebb és hatékonyabb orvosi ellátásnak a morbiditás és mortalitás csökkentésében betöltött szerepe régóta ismert, és elég, ha csak a védőoltások, az antibiotikumok és a korszerű kardiológiai ellátás bevezetésére, illetve elterjedésére gondolunk. Kimutatták, hogy a hipertónia hatékony kezelésének növekvő gyakorisága – többek között – meghatározó szerepet játszik a kardiovaszkuláris betegségek morbiditása és mortalitása terén bekövetkezett markáns csökkenésben (Moser, 2004). A pszichiátriában is hasonló a helyzet, hiszen itt is arról van szó, hogy egy adott betegség korai és hatékony kezelése a rövidtávon megnyilvánuló kedvező hatás mellett jelentős mértékben csökkenti vagy kivédi az adott betegséghez társuló szövődeményeket is (Mann és mtsai, 2005; Rihmer és Gonda, 2013). Világviszonylatban elsőként mutattuk ki, hogy az orvosi-pszichiátriai ellátás jobb elérhetősége az adott terület szuicid halálozásának csökkenésével jár (Rihmer és mtsai, 1993) és ezt később külföldi vizsgálatok is megerősítették (Kapusta és mtsai, 2009; Pirkola és mtsai 2009). Jelen elemzésünk pedig azt támasztja alá, hogy egy előkészítetlen, szakszerűtlen, hibás politikai döntéssel – amely a depressziós betegek ellátási lehetőségét beszűkíti – a kedvező folyamatokat is le lehet állítani, illetve az ellenkező irányba fordítani. Az akkori kormány Egészségügyi Minisztériuma 2010 májusában készített elemzésében már elismerte és igazolta az átalakítási folyamat egészének és az OPNI bezárásának alapvető hibáit: „Az átalakítás mértéke országosan meghaladta a lényegesebb felkészülés nélkül, azonnal, spontán kezelhető szintet. Nem egyszerűen csak az a „botrány” következett be, ami minden egyes radikálisabb átalakítás velejárója. A döntés maga nem volt kellően megalapozva” (ÁSZ jelentés, 2012).

Azt, hogy a depressziók kiterjedtebb kezelésének jótékony hatása megmutatkozik az adott ország öngyilkossági rátájának csökkenésében, négy skandináv országból (Svédország, Finnország, Dánia, Norvégia) (Isacson, 2000) és Ausztriából (Kapusta és mtsai, 2009) közölt eredményeken túl több nagy nemzetközi vizsgálat is igazolja. Közel 30 ország (Argentína, Ausztrália, Kanada, USA és számos európai ország, benne hazánk) öngyilkossági és antidepresszívum-forgalmazási adatait a megelőző 25 éves időszakra vonatkozóan elemezve kimutatták, hogy a számos

szóba jöhető egyéb tényező (munkanélküliség, válási ráta, GDP, alkoholfogyasztás stb.) kontrollálása után szignifikáns negatív korreláció volt megfigyelhető az antidepresszívum-forgalom és a nemzeti szuicid ráták között; az antidepresszívum-forgalom 12 százalékos növekedése a szuicid mortalitás 5 százalékos csökkenésével jár. Minél korábbi volt az antidepresszívumok forgalmának az SSRI készítmények piacra kerülésével egyidőben jelentkező markáns emelkedése, annál hamarabb mutatkozott az öngyilkossági ráták csökkenése, és minél meredekebben emelkedett az antidepresszívum-használat, annál meredekebb volt a szuicid ráta csökkenése (Ludwig és Marcotte, 2005; Ludwig és mtsai, 2009). Huszonkilenc európai ország hasonló adatainak elemzése során 1980 és 2009 között szignifikáns kapcsolat volt (Portugália kivételével) minden országban az antidepresszívumok forgalmának növekedése és az országos szuicid ráták csökkenése között, míg a szuicid mortalitásnak az alkoholforgalommal, válási rátával, illetve a munkanélküliséggel való kapcsolata országonként vagy hiányzó, vagy változó (hol pozitív, hol negatív) volt; megfelelő matematikai-statisztikai modellezés után csak az antidepresszívumok forgalmának növekedése (negatív kapcsolat) és a válási arány (pozitív kapcsolat) mutatott erősen szignifikáns összefüggést a szuicid rátákkal (Gusmao és mtsai, 2013). Az Amerikai Egyesült Államokban 1985-től 1999-ig az öngyilkossági ráta 12,4-ről 10,7-re csökkent (13,5%-os csökkenés), míg az antidepresszívumok felírása (főleg SSRI-ok és egyéb második generációs szerek) több mint négyszeres növekedést mutatott. A jelzett időszak alatt az SSRI-ok és egyéb második generációs antidepresszívumok felírása szignifikánsan és negatívan korrelált az öngyilkossági rátával, azonban a munkanélküliség és alkoholfogyasztás változásának független, meghatározó voltát nem igazolta ez a vizsgálat (Grunebaum és mtsai, 2004). Egy másik tanulmány 1990 és 2000 között az USA-ban az antidepresszívum fogyasztás és az öngyilkossági halálozás kapcsolatának vizsgálatkor adolescenseknél szintén szignifikáns negatív korrelációt talált az antidepresszívumok (főleg SSRI-ok) fogyása és az öngyilkossági halálozás között. Az antidepresszívumok forgalmának megduplázódása 100.000 adolescensre vonatkoztatva évente 23 fővel csökkentette az öngyilkossági halálozást (Olfson és mtsai, 2003). Egy Ausztráliában készült vizsgálat azt mutatta, hogy az öngyilkossági rátában tapasztalható csökkenés szignifikáns összefüggést mutatott az antidepresszívum fogyasztással 1990 és 2000 között a különböző életkori csoportokban: minél több beteget kezeltek antidepresszívummal az adott életkori

csoporthoz, annál nagyobb volt az öngyilkossági ráta csökkenése az adott populációban (Hall és mtsai, 2003). Ugyanakkor azon ritka esetekben, amikor egy adott szubpopulációban az antidepresszívumok felhasználása csökken, a szuicid mortalitás növekedése várható. És valóban, az 1992 és 2010 közötti periódust tekintve 845, 10 és 19 év közötti életkorban elkövetett befejezett öngyilkosság adatainak elemzése szerint miután Svédországban 2004 után markánsan megnőtt azon depressziós gyermek és adolescensek száma akik nem részesültek antidepresszív farmakoterápiában (és az antidepresszívumok forgalmazása ebben a korosztályban lényegesen csökkent) a befejezett öngyilkosságok gyakorisága 60 százalékkal nőtt ezen korosztályban (Isacsson és Ahlner, 2014). Hasonló eredményeket közöltek az Egyesült Államokból, Hollandiából és Kanadából is (Gibbons és mtsai, 2007; Katz és mtsai, 2008).

Mint láthattuk, a hazai öngyilkossági halálozás 1984 és 2013 között 54 százalékkal csökkent. A fent részletezett vizsgálatok eredményei – a témakörrel kapcsolatos összes releváns információ birtokában a magas színvonalú kérdésseltevések és korszerű statisztikai módszerek alkalmazása révén – egyértelműen bizonyítják, hogy bár a nemzeti/regionális szuicid rátákat több tényező határozza meg, a depressziók korábbi, kiterjedtebb és hatékonyabb kezelése meghatározó (bár nem az egyetlen) tényező a magyarországi öngyilkossági halálozás csökkenésében is. Ebben a rendkívül előnyös változásban a hazai pszichiátereknek, illetve a pszichiátriai ellátórendszer munkatársainak óriási része van, még ha ez ilyen formában nem is tudatosul sokukban. A depresszióval és öngyilkossággal kapcsolatos kiemelt hazai szakmai érdeklődés indirekt bizonyítéka az is, hogy a témával kapcsolatos nemzetközi szakirodalomban hazai szerzők a többi közép- és kelet-európai országgal összevetve aránytalanul nagy reprezentációval vannak jelen. Sajnos, a hazánkban ismét észlelhető kedvező irány és a nagy csökkenés ellenére az öngyilkossági halálozás még mindig igen magas, az Európai Unióban e tekintetben Litvánia mögött a második helyet foglaljuk el (Döme és mtsai, 2011; Gusmao és mtsai, 2013; Rihmer és mtsai, 2013). Van még tehát tennivaló e téren. A hazai pszichiátriai- és szociális ellátórendszer anyagi és erkölcsi támogatásának növelése mellett elsősorban biztosítani kell minden depressziós betegeknek a szakmai irányelvnek megfelelő ellátását, és indokolt lenne speciális szakambulanciák és fekvőbeteg részlegek kialakítása – megyénként egy-egy és a fővárosban 3-4 helyen – a terápiarezisztens vagy a diagnosztikailag és/vagy terápiásan problematikus depressziós bete-

gek fogadására. Célszerű lenne általánosan bevezetni az öngyilkosság kockázatának felmérésére egységes kérdőívet (Rihmer, 2007; Rihmer és Perczel-Forintos, 2014). Az ÁSZ jelentésén kívül a mindennapi gyakorlat is igazolja, hogy az egészségügyi és a szociális ellátórendszer közötti együttműködés jelentős javításra szorul. A szociális ellátás csak az egészségügyi ágazattal együttműködve tud igazán hatékonyan segíteni – legalábbis a depressziós betegcsoportban.

A tény, miszerint a hazai öngyilkossági halálozás eme nagy csökkenésében a pszichiátriának döntő szerepe van, sajnos a társadalmi-politikai vezetőkben eddig még nem sikerült tudatosítanunk. Azt mindenki könnyen elfogadja, hogy a hazai kardiológiai ellátás minőségi és mennyiségi fejlődése a legfontosabb oka annak, hogy Magyarországon az utóbbi évtizedben markánsan csökkent a kardiovaszkuláris halálozás. Ha a közleményünkben vázolt depressziókezelés x öngyilkosság megelőzés kapcsolat a nem szakember számára első pillanatban talán nem is ilyen nyilvánvaló, a nemzetközi szakirodalommal egybehangzó, tényeken alapuló tudományos érvelésünket mindenkinek el kell fogadnia. Lehet, hogy a pszichiátriának a társadalom minden rétegében élő, az indokoltnál jóval alacsonyabb presztízse kialakulásában annak is szerepe van, hogy az itt vázolt tudományos-klinikai eredményeinket elsősorban (bár nem kizárólag) hazai és nemzetközi szakmai fórumokon publikáltuk, és viszonylag kevés figyelmet fordítottunk az eredmények népszerűsítésére. Az utóbbi években megnyilvánuló biztató jelek és folyamatok ellenére a hazai pszichiátria a 2007-ben elszenvedett csapást követően még mindig csak a lábadozás stádiumában van. A súlyos következményekkel járó népbetegségek (ilyen a major depresszió, illetve az öngyilkosság problémája is) korai felismerése és kezelése a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban mindenütt prioritást élvez, és ezt az Európai Unió már évekkal ezelőtt hivatalosan is deklarálta. A depresszió és a szuicid veszély detektálására való rövid kérdőív (mint a legolcsóbb és a legkevesébé invazív szűrőmódszer) a pszichiátriai szakma javaslata ellenére most sem került be az országos alapellátási szűrő programba. A hazánkban évente kb. 400 halálesettel járó méhnyakrák szűrése, illetve a megelőző védőoltás alkalmazása már bevett gyakorlat. Remélhetőleg az évente még mindig több mint 2000 öngyilkossági haláleset jelentős része megelőzhető lesz, ha a depresszió mint orvosi értelemben vett betegség alapellátásban való szűrése is polgárjogot nyer az egészségügyben. Egy átfogó nemzeti öngyilkosság-prevenációs stratégia megalkotása is feltétlenül indokolt lenne (a legtöbb fejlett egészségügyi ellátással

rendelkező országban ilyen évek óta léteznek), amelyben megfogalmazódnának a kompetenciahatárok és a prioritások sorrendje. A közeli jövőben el kellene érni közös munkával, hogy 20/100.000 fő alá, 2020-ra pedig 15 alá csökkenjen a hazai szuicid ráta.

Levezető szerző: Rihmer Zoltán, 1125 Budapest, Kútvolgyi út 4.
E-mail: rihmer.zoltan@med.semmelweis-univ.hu

IRODALOM

1. Állami Számvevőszék: Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről (1286). 2012. június. www.asz.hu/jelentes/.../jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasa.
2. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Text Revision. (DSM-IV-TR): American Psychiatric Association, Washington, DC.
3. Berto P, Hario DD, Ruffo P és mtsai. (2010): Depression: Cost-of-illness studies in the international literature, a review. *J Mental Health Policy Econ*, 3: 3-10.
4. Döme P, Kapitány B, Ignits G, és mtsai. (2011). Tobacco consumption and antidepressant use are associated with the rate of completed suicide in Hungary: an ecological study. *J Psychiatr Res*. 45:488-94.
5. Gibbons R.D., Brown C.H., Hur K., és mtsai (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 164, 1356-1363.
6. Grunebaum MF, Ellis SP, LI S, Oquendo MA, és mtsai (2004). Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *J Clin Psychiatry* 65: 1456-1462.
7. Gusmao R, Quintao S, McDaid D és mtsai: Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study. *PPLoS ONE* 2013, 8(6) e66455. doi:10.1371/journal.pone.0066455.
8. Hall WD, Mant A, Mitchell PB. és mtsai (2003). Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *Br Med J* 326: 1008-1012.
9. Hawton K, van Heeringen K. (2009). Suicide. *Lancet*. 373: 1372-1381. Isacson, G. (2000). Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta. Psychiat. Scand*. 102, 113-117.
10. Isacson G. and Ahlner J. (2014). Antidepressants and the risk of suicide in young persons - Prescription trends and toxicological analyses. *Acta Psychiat Scand*, 129: 296-302.
11. Kalmár S, Szántó K, Rihmer Z. és mtsai (2008). Antidepressant prescription and suicide rates: Effect of age and gender. *Suic Life Threat Behav* 38: 287-301
12. Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E. és mtsai (2009). Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiat Scand*. 119:236-42.
13. Karampampa K, Borgström F, Jönsson B. (2011). Economic burden of depression on society. *Medicographia*, 33: 163-168.
14. Katz LY, Kozyrskij AL, Prior HJ és mtsai (2008). Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. *Can Med Assoc Journal*, 178, 1005-1011.
15. Ludwig, J., Marcotte D.E. (2005). Anti-depressants, suicide, and drug regulation. *J Policy Anal Manage*. 24, 249-272.
16. Ludwig J, Marcotte DE, Norberg K. (2009). Anti-depressants and suicide. *J Health Econ*. 2009;28:659-76.
17. Mann J. J., Apter A., Bartolote J., és mtsai (2005) Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294: 2064-2074.
18. Mergl R, Havers I, Althaus D. és mtsai (2010). Seasonality of suicide attempts: Association with gender. *Eur Arch Psych Clin Neurosci* 260: 393-400.
19. Moser M. (2004). Clinical management of hypertension. 7th edition. Caddo, OK, USA: Professional Communications, Inc. (Chapter 17: Results of therapy. Pp. 247-261).
20. Möller HJ, Bitter I, Bobes J, és mtsai (2012). Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression. *Eur Psychiatry*, 27: 114-28.
21. Murray CJ, Lopez AD. (1996). The Global Burden of Disease. World Health Organization, Geneva.
22. Olfson M, Schaffer D, Marcus SC, és mtsai (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 978-982.
23. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15: 411-423.
24. 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.
25. Rihmer Z, Rutz W, Barsi J. (1993). Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence or working doctors in Hungary. *Acta Psychiat Scand*, 88: 391-394.
26. Rihmer Z. (1997). Az antidepresszívumok forgalomnövekedésének hatása a magyarországi öngyilkossági halálozásra 1982 és 1995 között, *Psychiat. Hung*. 12: 276-278.
27. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. (1998). Decreasing tendency of seasonality in suicide may indicate lowering rate of depressive suicides in the population, *Psychiat. Res*. 81: 233-240.
28. Rihmer Z., Appleby L., Belső N. et al. (2000). Decreasing suicide in Hungary, (letter), *Brit. J. Psychiat*. 177: 84.
29. Rihmer Z. (2001). Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *Eur. Psychiat*. 16, 406-409.
30. Rihmer Z, Belső N, Kalmár S. (2001). Antidepressants and suicide prevention in Hungary, (letter), *Acta Psychiat. Scand*. 103: 238
31. Rihmer Z. (2003). A depressziók eredményes kezelésének hatása az öngyilkossági halálozás alakulására. *Orvosképzés* 78: 95-99.
32. Rihmer Z. (2004). Decreasing national suicide rates – Fact or fiction? *World J. Biol. Psych*. 5: 55- 56.
33. Rihmer Z, Akiskal HS. (2006). Do antidepressant t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord*, 94: 3-13.
34. Rihmer Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat*, 20: 17-22.
35. Rihmer Z, Angst J. (2009). Mood disorders – Epidemiology. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition, (Eds. Sadock BJ, Sadock VA., Ruiz P.) Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 1645-1653.
36. Rihmer Z, Gonda X. (2013). Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 37: 2398-2403.
37. Rihmer Z, Gonda X, Kapitány B, és mtsai (2013a). Suicide in Hungary. Epidemiological and clinical perspectives. *Ann Gen Psychiat*, 12: 21.

38. Rihmer Z, Kapitány B, Gonda X. és mtsai (2013b). Economic crisis and suicide: The Hungarian state. *Lancet*, 381: 722-723.
39. Rihmer Z, Perczel-Forintos D. (2014). A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének jelentősége. (Szerkesztőségi közlemény). *Neuropsychopharmacol Hung*, 16: 110-112.
40. Rosenbaum JF, Haylan TR. (1999). Costs of depressive disorders. In: *Depressive Disorder* (Eds: Maj M, Sartorius N); John Wiley and Sons, Chichester, 401-449.
41. Sebestyén B, Rihmer Z, Bálint L. és mtsai (2010). Gender differences in antidepressant use related seasonality change in suicide mortality in Hungary, 1998-2006. *World J Biol Psychiatry*, 11: 579-585.
42. Szádóczy E, Papp Z, Vitrai J, és mtsai (2000). A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv Hetil*, 141: 17-22.
43. Whooley MD, (2006). Depression and cardiovascular disease. *JAMA*, 295: 2874-2881.
44. Wittchen H-U és Jacobi F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15: 357-376.

Relationship between treatment of depression and suicide mortality in Hungary – Focus on the effects of the 2007 healthcare reform

Major depression is a common but still underdiagnosed and undertreated illness which, with its complications (suicide, secondary alcoholism, loss of productivity, increased cardiovascular morbidity and mortality), is a major public health problem worldwide. Implementing the present pharmacological and non-pharmacological treatment strategies, major depression can be successfully treated resulting in a significant decline in suicide risk and the economic burden caused by untreated depression is much higher than the cost of treatment. In the present paper the authors also discuss the impact of the development of the Hungarian psychiatric care system in the past three decades and the 2008 recession on the changing national suicide rate. Like international data, Hungarian studies also show that more widespread and effective treatment of depression is the main component of the more than 50-percent decline of suicide mortality in Hungary during the last 30 years.

Keywords: antidepressants, major depression, psychiatric care system, public health significance, suicide, suicide prevention