

# Psychiatria Hungarica

A major depresszió okozta  
egyéni és társadalmi-gazdasági  
problémák és lehetséges kezelésük

*Közpolitikai összegző tanulmány*

### **Orvosszakmai szerzők: A Magyar Pszichiátriai Társaság Bizottsága**

Prof. Dr. Rihmer Zoltán

Prof. Dr. Kurimay Tamás

Dr. Szekeres György

### **Egészséggazdaságtani szerzők: Ideas & Solutions Kft.**

Gáti Balázs

Mór Zoltán

### **Köszönetnyilvánítás a közreműködőknek**

*Szeretnénk köszönet mondani a tanulmány előkészítésében, megvalósításában és értékelésében nyújtott támogatásáért*

Prof. Dr. Balázs Juditnak (Magyar Pszichiátriai Társaság)

Prof. Dr. Bitter Istvánnak (Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest)

Dr. Németh Attilának (Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest)

Prof. Dr. Réthelyi Jánosnak (Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest)

Dr. Torzsa Péternek (Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék; XIII. Kerületi Egészségügyi Szolgáltató, Tátra utcai Háziorvosi Rendelő, Budapest)

Dr. Wernigg Róbertnek (Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger)

*Köszönettel tartozunk továbbá a kutatást segítő szakorvosoknak, pszichológusoknak, háziorvosoknak, valamint a felkeresett betegszervezetek és civil szervezetek képviselőinek, akik a tanulmány helyzetértékelési fázisában segítették munkánkat:*

Babarczy Eszter (Búra Alapítvány)

Oriold Károly (Lélekben Otthon Alapítvány)

Prof. Dr. Péley Bernadette (Magyar Pszichológiai Társaság)

Prof. Dr. Purebl György (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest)

Dr. Tóth Mónika Ditta (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest)

Dr. Udvardi László (Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége)

Vidor Eszter (BEMOSZ – Betegszervezetek Magyarországi Szövetsége)

*Köszönjük a Mélylevegő Projektnek a grafikákat és a major depresszióval élő betegektől származó idézeteket.*

**Budapest, 2021**



# A MAJOR DEPRESSZIÓ OKOZTA EGYÉNI ÉS TÁRSADALMI-GAZDASÁGI PROBLÉMÁK ÉS LEHETSÉGES KEZELÉSÜK

KÖZPOLITIKAI ÖSSZEGZŐ TANULMÁNY



**BEMOSZ**  
Betegszervezetek  
Magyarországi  
Szövetsége



A tanulmány elkészítésében a szerzőként és közreműködőként feltüntetett szakemberek, szervezetek vettek részt, a Magyar Pszichiátriai Társaság Bizottsága és az Ideas & Solutions vezetésével.

A szerzők teljes szerkesztői ellenőrzéssel rendelkeztek a tartalom felett, amely a szerzők saját véleményét és a Janssen-től függetlenül kialakított szakmai álláspontját tükrözi. A tanulmány elkészítését a Janssen támogatta. A tanulmány tartalma nem kezelési módszer vagy terápia specifikus.

<b>RÖVIDÍTÉSEK</b>	<b>5</b>
<b>VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ</b>	<b>6</b>
<b>1. BEVEZETÉS</b>	<b>11</b>
1.1. Problémafelvetés	12
1.2. A tanulmány módszertana és felépítése	13
<b>2. A DEPRESSZIÓRÓL ÁLTALÁNOSÁGBAN</b>	<b>15</b>
2.1. A betegség ismertsége és percepciója	16
2.2. A depresszió általános bemutatása, klasszifikációja	16
2.2.1. A depresszió definíciója és kiváltó tényezői	16
2.2.2. A betegség klasszifikációja	19
2.2.3. A major depresszió tünettana	19
2.2.4. A major depresszió pszichológiai és biológiai háttere	22
2.3. A depresszió epidemiológiája	23
2.3.1. Nemzetközi epidemiológiai adatok	23
2.3.2. Hazai epidemiológia adatok	23
2.4. A depresszió megelőzése, kezelése és a terápiás alternatívák összegző bemutatása	26
2.4.1. Megelőzési alternatívák összegzése	26
2.4.2. Kivizsgálás és diagnózis folyamata	27
2.4.3. Kezelési lehetőségek a hazai és nemzetközi irányelvek és tankönyvek alapján	29
2.5. Magyarországi terápiás gyakorlat, a major depresszió ellátásának kihívásai	35
2.5.1. A pszichiátriai gondozók, szakrendelők és kórházi pszichiátriai fekvőbeteg- osztályok, mint a mentális betegek ellátását végző intézmények	35
2.5.2. A prevalens betegkör nagysága és a megfigyelhető betegutak	39
2.5.3. A hazai ellátórendszerrel kapcsolatos főbb megjegyzések	42
2.5.4. A major depresszió főbb egyéni, társadalmi és gazdasági terhei	44
2.6. A depresszió egyéni és társadalmi terhe, kísérőbetegségeinek és az öngyilkossággal összefüggő kapcsolatának bemutatása	45
2.6.1. Az életminőségre gyakorolt teher	45
2.6.2. A depresszió főbb kísérőbetegségeinek bemutatása	49
2.6.3. A depresszió és az öngyilkosság kapcsolata	52
<b>3. A MAJOR DEPRESSZIÓ GAZDASÁGI TERHE</b>	<b>55</b>
3.1. Direkt költségek	58
3.1.1. Alapellátásban jelentkező kiadások	58
3.1.2. Szakellátásban jelentkező kiadások	59
3.1.3. Gyógyszerköltségek	61
3.1.4. Komorbiditások kezelésének költsége	63

<b>3.2. Indirekt költségek</b>	<b>65</b>
3.2.1. Produktivitás-csökkenés munkahelyi hiányzás következtében	65
3.2.2. Táppénz-, munkáltatói költségkiáramlás	66
3.2.3. Öngyilkosság következtében keletkezett szociális teher	67
<b>3.3. Az MDD okozta gazdasági teher összegzése</b>	<b>68</b>
<b>4. A KORMÁNYZAT ÉS A SZAKMAI SZERVEZETEK ELŐREMUTATÓ AKTIVITÁSAI, HAZAI ÉS NEMZETKÖZI JÓ GYAKORLATOK BEMUTATÁSA</b>	<b>70</b>
4.1. Hazai depresszió-öngyilkosság megelőző programok	72
4.1.1. A kiskunhalasi háziorvos depresszió-továbbképző és öngyilkosság megelőző program	72
4.1.2. A szolnoki háziorvosi depresszió-felismerési és közösségi öngyilkosság-megelőző program	72
<b>4.2. Magyar Nemzeti Bank versenyképességi program</b>	<b>74</b>
<b>4.3. Lelki Egészség Központok (LEK) és Egészségfejlesztési Irodák (EFI)</b>	<b>74</b>
4.3.1. Példa egy jó gyakorlatra a LEK-működés kapcsán	76
<b>4.4. További hazai példák</b>	<b>76</b>
<b>4.5. Előremutató és követendő nemzetközi példák</b>	<b>77</b>
4.5.1. Európai Szövetség a Depresszió Ellen	77
4.5.2. E-mentális egészség programok	78
4.5.3. Öngyilkosság prevenciós programok és kampányok	79
<b>5. FELMÉRT PROBLÉMÁK BEMUTATÁSA A HAZAI MDD ELLÁTÁS KAPCSÁN</b>	<b>80</b>
<b>6. KÖVETKEZTETÉSEK, MEGOLDÁSI IRÁNYOK, JAVASOLT LÉPÉSEK ÖSSZEGZÉSE</b>	<b>82</b>
<b>7. IRODALOMJEGYZÉK</b>	<b>88</b>

#### A TANULMÁNYBAN HASZNÁLT RÖVIDÍTÉSEK

<b>BDI</b>	Rövid Beck Depresszió Kérdőív	<b>MAOI</b>	monoamino-oxidáz gátló
<b>DALY</b>	Egészségkárosodással korrigált életevek (Disability Adjusted Life Years)	<b>MDD</b>	major depressziós zavar
<b>EAAD</b>	Európai Szövetség a Depresszió Ellen (European Alliance Against Depression)	<b>OCD</b>	obszesszív-kompulzív zavar
<b>EFI</b>	Egészségfejlesztési Iroda	<b>PTSD</b>	poszttraumás stressz szindróma
<b>GAD</b>	generalizált szorongásos betegség	<b>RS</b>	Rövid Beck Reménytelenségi Skála
<b>HF</b>	szívelégtelenség (heart failure)	<b>SNRI</b>	szerootonin noradrenalin-visszavétel gátló
<b>LEK</b>	Lelki Egészség Központ	<b>SSRI</b>	szelektív szerootonin-visszavétel gátló
		<b>TRD</b>	terápiarezisztens depresszió

# Vezetői összefoglaló

**A major depresszió nemcsak az életminőséget, hanem az életet is gyakran közvetlenül veszélyeztető betegség, melynek közvetett és közvetlen gazdasági terhei Magyarországon évente eléri a 362 milliárd forintot.**

**A major depresszió klinikai és gazdasági terheinek mérsékléséhez az egészségügyi és gazdasági döntéshozók kiemelt figyelmére, holisztikus megközelítésére és a pszichiátriai ellátórendszer fejlesztésére van szükség.**

Tanulmányunkban felmértük a major depresszió okozta társadalmi-gazdasági hatásokat Magyarországon. Pszichiáter szakorvosokkal, pszichológusokkal és civil szervezetekkel konzultáltunk, a Magyar Pszichiátriai Társaság Bizottságának szakmai irányításával részletesen elemeztük a hazai ellátás sajátosságait, az ellátás problémáit és szűk keresztmetszeit, valamint a jó hazai és nemzetközi gyakorlatokat. Az elemzések alapján olyan **megoldási javaslatokat fogalmaztunk meg, melyek nemcsak a major depresszióval élők betegségterhét, hanem a társadalomra nehezedő terheket is csökkenthetik.**

A major depresszió tünetei igen markánsak, a betegnek jelentős szenvedést okoznak. Elvész az örömezés képessége, a motiváció minden aktivitásra megcsappan, értéktelenség és bűntudat jelenik meg, gyakori öngyilkossági gondolatok és kísérletek, valamint sokszor számos testi tünet kíséretében. A beteg a szokásos tevékenységeit már képtelen, vagy csak erősen korlátozott mértékben képes folytatni.

A major depresszió Magyarországon évente 600-700 ezer főt érint, minden adott hónapban

közel 200.000 beteggel kell számolni, akiknek kevesebb mint fele áll orvosi (gyógyszeres) kezelés alatt.

**A kezeletlen depresszió egy lefelé menő spirált eredményezhet; a spirál „végén” a beteg produktivitás-csökkenése, tartós munkanélkülisége, rokkantsága, önellátási képtelensége, vagy akár öngyilkossága is állhat.** Nemzetközi és hazai kutatások alapján az öngyilkosok 65-87%-a (nem kezelt) depresszióban szenved az elkövetés idején és a kezeletlen major depressziós betegek 15-19%-a öngyilkosságban hal meg.

A betegellátással kapcsolatban számos problémát, fejlesztésre szoruló területet azonosítottunk: sok beteg egyáltalán nem lép be a hazai egészségügyi ellátórendszerbe és sokan vannak azok is, akik „kiesnek” az ellátórendszerből, a stigmatizáció, a hosszabb várakozási idő, a folyamatos kontroll hiányában vagy az ellátás minősége miatt. Szűk keresztmetszetet jelent az állami ellátórendszerben rendelkezésre álló szakemberek száma, valamint a szakmaspecifikus infrastrukturális kapacitások és szakorvosi órák nagyságrendje sem elegendő a felmerülő betegigények teljes körű ellátására.

A major depresszió a WHO előrejelzése szerint 2030-ra a teljes egészségben megélhető életek (DALY) elvesztésének leggyakoribb oka lesz a világon. Közgazdasági vizsgálatok is azt mutatják, hogy a depresszióval összefüggő társadalmi szintű anyagi terhek nagyobbak, mint a hipertónia, asztma, rheumatoid arthritisz és az osteoporózis miatti kiadások összesen.

Felmérésünkben megállapításra került, hogy a major depresszió okozta társadalmi kár hazánkban jóval markánsabb, mint a depresszió kezelésének közvetlen költsége:

- 334 milliárd forint becsült éves indirekt és
- 28 milliárd forint éves direkt egészségügyi ráfordítást mutattunk ki elemzésünkben.

Magyarországon a társadalomra nehezedő közvetett és közvetlen teher megközelítőleg a teljes éves gyógyszerkassza nagyságával egyenértékű, évente 362 milliárd forintra tehető. A major depresszió okozta legnagyobb indirekt teher a betegek munkanap kiesése és produktivitáscsökkenése.

A kezeletlen major depresszió lényegesen megemeli számos testi betegség (szív-érrendszeri betegségek, diabétesz stb.) kialakulásának esélyét, és ezekhez társulva rontja a gyógyulás kilátásait. A depresszió megfelelő kezelése az említett testi betegségek okozta indirekt költségek csökkentéséhez is hozzájárulhat.

A feltárt terhek és problémák alapján hazánkban a major depressziós betegek kezelése során rendszerszemléletű („holisztikus”) megközelítést és ellátást kell előtérbe helyezni, melyhez az alábbi javaslatokat fogalmaztuk meg:

### **TERÁPIÁS IRÁNYELVEK, SZAKKÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS**

#### **Irányelv széleskörű ismertetése:**

A pszichiáter szakorvosképzést és kötelező továbbképzést szolgáló tankönyvek és szakcikkek folyamatos megjelenése mellett az unipoláris depresszió diagnózisáról és kezeléséről szóló, hamarosan elkészülő új irányelv mind szélesebb körben történő ismertetése szükséges. Javasolt az elkészülő szakmai irányelv alapján egy „kivonat” készítése az alapellátók részére, hogy a háziorvosok is rendelkezzenek megbízható szakmai alapokkal, standardizált kezelési utakkal a depresszió terápiájában.

#### **Kapcsolódó irányelvek, ajánlások frissítése:**

A major depresszióhoz kapcsolódó egyéb szakmai irányelveket, ajánlásokat is szükséges frissíteni.

### **FIGYELEMFELHÍVÁS, MEGELŐZÉS ÉS EDUKÁCIÓ**

#### **Az egészségügyi**

kormányzat kiemelt figyelme:

A bemutatott klinikai és gazdasági terhek mérséklése érdekében a betegség korszerű ellátását az egészségügyi kormányzat fókuszált figyelme kell, hogy övezzé.

#### **Stigma csökkentése:**

A mentális betegségeket, köztük a major depressziót övező társadalmi stigmatizálást a hatékonyabb kezelés érdekében csökkenteni szükséges. A pszichiáter szakma részéről a jó gyakorlatok bemutatásával, mindezek alapján különböző országos népegészségügyi programok és átfogó kampányok szervezésével sikeresen növelhető lenne az MDD és így a többi mentális betegség társadalmi elfogadottsága is.

#### **Országos prevenciós programok indítása:**

Bár a pszichiátriai betegek öngyilkossági rizikójának felmérése és a szuicídium lehetőség szerinti megelőzése minden pszichiáter szakorvosnak szakmai feladata és kötelessége, a társadalmi stigmatizálás csökkentése mellett az öngyilkosságok megelőzése érdekében országos prevenciós programok indítása szükséges.

## ALAPELLÁTÁS

### Érzékenyítés az alapellátásban:

Az alapellátásban dolgozók érzékenyítése indokolt a mentális zavarok iránt, illetve ezáltal az alapellátás hatékonyabb bevonását szükséges ösztönözni a pszichiátriai ellátásba.

### Alapellátás bevonása:

Az alapellátás magasabb fokú bevonását több módszerrel is lehet segíteni/ösztönözni: akár a háziorvosok felírási jogkörének módosításával (szakvizsgához/licencvizsgához kötve), akár a pszichiátriai konzíliumok – finanszírozott – végzésével, elterjesztésével.

### Hatékonyság:

Az alapellátás pszichiátriai jellegű munkájának hatékonyabbá tételéhez szükség lenne egyrészt a háziorvosok most is létező, de nem kötelező akkreditált pszichiátriai szakirányú továbbképzésének kötelezővé tételére, másrészt a pszichiáterek, pszichológusok alapellátási munkában való részvételéért járó finanszírozás megreformálására.

### A betegség időben történő felismerése:

A háziorvosok szerepét a mentális betegségek felismerésében, ellátásában akár addicionális finanszírozási ösztönzőkkel is erősíteni lehet, a már definiált és hatályos háziorvosi indikátorok mintájára (mentális betegségek felismerését célzó finanszírozási mutatók integrálása előremutató lépés lehet).

### Gyorstesztek bevezetése:

Nemzetközi gyakorlat és a 2016-ban publikált hazai javaslat alapján a háziorvosi ellátásban érdemes lehet bevezetni a súlyosabb mentális betegségeket kiszűrő 5-10 kérdést felölelő gyorseszteket.

### Klinikai szakpszichológus alkalmazása:

Továbbá megfontolandó lehet a nem praxis-közösségben dolgozó háziorvosi ellátások klinikai szakpszichológussal való megerősítése. Mindez elősegíthetné a – korábbi pontban jelzett – szűréssel járó fokozott betegigény kielégítését is.

## JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS

### Járó- és fekvőbeteg szakellátás fejlesztése:

A MDD-s betegek hatékonyabb ellátása érdekében elengedhetetlen a hazai járó- és fekvőbeteg-szakellátás fejlesztése. Önmagában csak az infrastruktúra-fejlesztés vagy a rendelkezésre álló kapacitások átcsoportosítása nem lehet célra vezető, ha azzal párhuzamosan a rendelkezésre álló szakorvosi háttér nem biztosított. Számos lehetőség adódik a pszichiátria vonzóbbá tételére.

### Terápiás alternatívák bővítése:

A hazánkban elérhető gyógyszerterápiás alternatívákat bővíteni szükséges az új, innovatív gyógyszerek mielőbbi elérhetővé tételével a hazai betegek számára

### Finanszírozási pontok karbantartása és jelentős növelése:

A hazai pszichiátriai ellátások (pl. pszichoterápiás ülés) alulfinanszírozása nagymértékben csökkenti a rászoruló betegek hozzájutását a megfelelő és korszerű ellátáshoz, és hozzájárul az állami ellátórendszerben dolgozó orvosok magánszektor felé történő elvándorlásához is. Szükségesnek mutatkozik a finanszírozási pontok karbantartása/nagymértékű növelése.



### Pontértékek és OENO

#### törzs felülvizsgálata:

Revideálni szükséges a pszichiátriai konzíliumok pontértékét, továbbá felül kell vizsgálni olyan beavatkozások OENO-törzsbe való integrálását, amelyek jelenleg nem elszámolhatók/lejelenthetők (pl. gyógyszeres plazmaszintjének meghatározása, farmakogenetikai vizsgálatok, fényterápia, telemedicina bizonyos jól körülírt formái).

### Sürgősségi pszichiátria:

A hazai pszichiátriai járó- és fekvőbeteg-ellátásba az egynapos sebészet analógiájára szükséges lenne implementálni egy új ellátási formát, az ún. Sürgősségi Pszichiátriai Részleget, amelynek elsődleges célja a hospitalizációk számának csökkentése, illetve elkerülése lenne.

### Integrált ellátási formák:

Új integrált ellátási formák bevezetése lehet indokolt már rövid- vagy középtávon is a pszichiátriai ellátás területén; ilyen szolgáltatás lehet például a közösségi krízisellátás vagy közösségi pszichiátriai ellátás. Mindezen túl a nemzetközi gyakorlatban már működő „liaison pszichiátria” hazai integrálása is előremutató fejlesztési törekvés lehet.

### LEK, LESZ integrálása

#### a pszichiátriai ellátásba:

A Lelki Egészség Központok (LEK) és Egészségfejlesztési Irodák (EFI) helyének és szerepének meghatározása, a lakossági tömegkapcsolataik kijelölése és a pszichiátriai betegellátásba való integrálásának megteremtése. Javasolt a Lelki Elsősegély Szolgálatok (LESZ) megismertetése, a terápiás rendszerbe illesztése, mint preklinikai szint.

### Telemedicinás kódok:

Általános gyakorlatban is szükséges mind a felnőtt, mind a gyermekellátás fejlesztése érdekében a pszichiátriai szakmában elszámolható telemedicinás kódok definiálása.

### F-kódok alkalmazása:

A Járóbeteg-szakellátási Szabálykönyvet felül kell vizsgálni, hogy az F-kódok alkalmazása csak a pszichiátriai és addiktológiai ellátásban lehessen engedélyezett.

### Adatelemzés:

Fontos továbbá, hogy a jelenleg rendelkezésre álló – többnyire NEAK – adatok strukturált gyűjtése és kiértékelése menjen végbe, az adatok tartalmát területi és országos szinten mind a kezelőcentrumok, mind a döntéshozók megismerhessék.

### TÁRSSZAKMÁK KÖZÖTTI

#### KOMMUNIKÁCIÓ ÉS BETEGKÖVETÉS

### Betegút menedzsment:

Hazánkban az MDD ellátásával kapcsolatos betegút-menedzsment nem optimális, ebből kifolyólag az ellátás során sok beteg „elvész”, illetve „kiesik” az ellátórendszerből; mindezt szükséges fejleszteni az ellátórendszeri szintek és a társszakmák közötti kommunikációt (pl.: folyamatos szakmai konzultáció elvárása meghatározott időközönként területi szakrendelő/gondozó és alapellátók között).

### Hatékony betegkövetési rendszer:

Szükségesnek mutatkozik egy, a jelenleginél nagyobb hatásfokú és hatékonyságú betegkövetési rendszer kifejlesztése (szakorvosok és betegek érdekeltté tétele a szoros szakmai kontrollban).

## A MAJOR DEPRESSZIÓ JELENTŐS EGYÉNI, CSALÁDI ÉS TÁRSADALMI PROBLÉMA, MEGOLDÁSA HOLISZTIKUS MEGKÖZELÍTÉST IGÉNYEL

### TÜNETEI:



Nyomott hangulat



Az érdeklődés, az örömezés elvesztése valamennyi tevékenység tekintetében



Fáradtság, alvászavar



Gondolkodási, koncentrációs, döntéshozatali nehézségek

A MAJOR DEPRESSZIÓ NEMCSAK AZ ÉLETMINŐSÉGET, HANEM AZ ÉLETET IS GYAKRAN KÖZVETLENÜL VESZÉLYEZTETŐ BETEGSÉG.



Az öngyilkosok **65-87%-a** nem kezelt depresszióban szenved az elkövetés idején.

### MAGYARORSZÁGON:

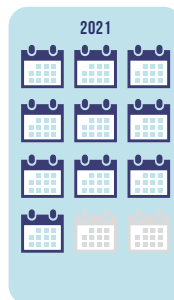
**600-700 ezer MDD-s beteg**



**300 ezer kezelt MDD-s beteg**



**24-30 ezer terápiarezisztens depresszióval élő beteg**



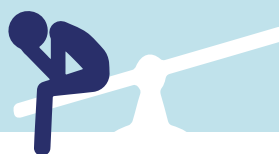
**41,6** kiesett munkanap / beteg / év

**28 milliárd Ft** direkt egészségügyi költség évente

**334 milliárd Ft** indirekt költség évente

A major depresszió éves direkt és indirekt terhe  
**363 mrd** forint

A depresszióval összefüggő társadalmi-anyagi teher



**NAGYOBB,**

mint a hipertónia, asztma, rheumatoid arthritisz és az osteoporózis miatti kiadások összesen.

A RENDSZERSZEMLÉLETŰ MEGKÖZELÍTÉS NEMCSAK A MAJOR DEPRESSZIÓ BETEGSÉGTERHÉT, HANEM A TÁRSADALOMRA NEHEZEDŐ TERHEKET IS CSÖKKENTHETI.

### TERÁPIÁS IRÁNYELVEK AKTUALIZÁLÁSA/FEJLESZTÉSE

Figyelemfelhívás, megelőzés, edukáció

Alapellátás-fejlesztés

Járó- és fekvőbeteg szakellátás fejlesztése

AZ ELLÁTÁS SZINTJEI ÉS A TÁRSSZAKMÁK KÖZÖTTI KÖLCSÖNÖS KOMMUNIKÁCIÓ ÉS BETEGKÖVETÉS

# 1. FEJEZET

## Bevezetés

"Elkezdett elmenni az étvágyam, a kedvem mindentől, még azoktól a dolgoktól is, amiket szeretek, elkezdtem egyre szomorúbb lenni napról napra, iszonyatosan szorongtam és egyszerűen nem tudtam vidám és boldog lenni. **A tanulás nem ment, rendszeresen hiányoztam a suliból, kialvatlan voltam és fáradt.** Mindennek láttam az életet és saját magamat, csak nem pozitívnak és egy jó dolognak. Nagyon sokat sírtam, míg a végére ez sem ment, csak ürességet éreztem és hogy a csend és a sötétség szétszakít belülről."

"A depressziónak és más mentális betegségeknek **több elszenvedője van, mint egy ember.** Mások is érintetté válnak: méghozzá a beteg ember környezetében élők. Borzasztó nagy felelősség, néha rettentő nehéz teher, és rengeteg akadállyal, gáttal szembesít. A beteg ember környezetében élők megpróbálnak mindent, mindent megtenni, hogy a beteg jobban legyen, viszont sokszor semmi sem segít. Ez hatalmas lelki teher a segíteni vágyó ember számára. A folyamatos aggodás pedig **nekünk (környezetben élőknek) sem engedi meg, hogy igent mondjunk élményekre, vagy megéljünk egy nyugodt pillanatot.**"

"**A halállal és öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok mindennaposak lettek.** Bezárkóztam, és már a hobbijaimmal sem foglalkoztam, semmire sem tudtam koncentrálni."



# 1. Bevezetés

## 1.1. PROBLÉMAFELVETÉS

**A depresszió orvosi értelemben vett betegség,** és sokkal szűkebb kategóriát jelent, mint a társadalmi, illetve egyéni problémák által motivált szomorúság vagy rossz közérzet.

Az unipoláris major depresszió az egyik leggyakoribb pszichiátriai betegség és kezeletlen esetekben a gyakori komplikációi miatt komoly egyéni, családi és társadalmi probléma.

**Az unipoláris major depresszió 2010-ben a világon a harmadik leggyakoribb oka volt a teljes egészségben megélhető (azaz egészségkárosodással korrigált) életévek (DALY) elvesztésének,** és a 2020-ra szóló előrejelzések szerint az iszkémiás szívbetegség mögött

a második helyet foglalja majd el. Ugyanakkor előrejelzések alapján 2030-ra az unipoláris depresszió és a következményes öngyilkosság lesz a DALY leggyakoribb oka [1].

Nemzetközileg elfogadott szakmai kritériumok alapján végzett reprezentatív felmérés szerint más európai országokhoz hasonlóan az unipoláris major depresszió élettartam, egy éves és egy hónapos prevalenciái a hazai felnőtt lakosságban 15,1%, 7,1% és 2,6% [2].

**A WHO Európai Régiójában a mentális betegségek okozta terhek legnagyobb részét – az Európai Unióban összesen mintegy 26 százalékát – a depresszió teszi ki.** A lelki egészséget érintő kórképek napjainkban a munkaképesség-csökkenés 21,1 százalékáért felelősek és ezek közül a stressz mellett a depresszió a második legmeghatározóbb [3, 4].

### 2004

Betegség vagy sérülés	A teljes DALY százalékban	Sorrend
Alsó légúti fertőzések	6,2	1
Hasmenéses megbetegedések	4,8	2
Unipoláris depresszió	4,3	3
Iszkémiás szívbetegség	4,1	4
HIV / AIDS	3,8	5
Agyi érrendszer betegségei	3,1	6
Koraszülés és alacsony születési súly	2,9	7
Újszülöttkori fulladás és születési trauma	2,7	8
Közúti közlekedési balesetek	2,7	9
Újszülött fertőzések és egyéb nem fertőző betegségek	2,7	10

### 2030

Sorrend	A teljes DALY százalékban	Betegség vagy sérülés
1	6,2	Unipoláris depresszió
2	5,5	Iszkémiás szívbetegség
3	4,9	Közúti közlekedési balesetek
4	4,3	Agyi érrendszer betegségei
5	3,8	COPD
6	3,2	Alsó légúti fertőzések
7	2,9	Halláscsökkenés
8	2,7	Refrakciós hiba (szemészet)
9	2,5	HIV / AIDS
10	2,3	Diabetes mellitus

1. táblázat: DALY leggyakoribb okai 2004-ben és 2030-ban

(Forrás: The Global burden of disease. 2004 Update, WHO, Geneva, 2008, [www.who.int/evidence/bod](http://www.who.int/evidence/bod).) [5]

Egy 2004-es WHO felmérés szerint a major depressziós zavar (MDD) a legnagyobb DALY-val járó betegségek rangsorában a 3. volt több mint 65 millió egészségkárosodással korrigált életévvel (az összes mentális betegség okozta DALY 35%-a). Újabb becslések szerint 2030-ra az MDD e tekintetben már az első helyet fogja elfoglalni ([6, 7] és 1. tábl.). Ezek az adatok még hangsúlyosabbak a gazdaságilag fejlett, magas jövedelmű országok esetében: az ún. high-income országok körében az MDD az 1. helyet foglalja el a legnagyobb DALY-val járó betegségek rangsorában (ezen belül az európai régióban a 3. helyen áll 16,8 millió egészségkárosodással korrigált életévvel, míg az amerikai régióban az 1. helyet foglalja el 10,8 millió egészségkárosodással korrigált életévvel) [5, 6].

**A kezeletlen major depressziók, illetve affektív betegségek gyakori komplikációi a tartós munkaképtelenség, korai rokkantositás, 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 [1, 3, 7-9].**

Az Egészségügyi Világszervezet deklarációja szerint „Nincsen egészség mentális egészség nélkül”, és az ezzel kapcsolatos teendők között az Európai Unió a depresszió és öngyilkosság megelőzését az első helyen említi [9]. A nem kezelt súlyos major depressziós betegek 10-15 százaléka öngyilkosság következtében hal meg, és közel felük kísérel meg legalább egy alkalommal szuicídiumot élete során. Ugyanakkor az antidepresszív gyógyszerekkel történő kezelésben részesülő depressziós betegek szuicid rizikója több mint 80 százalékkal csökken [1, 8].

Különböző felmérések szerint az összes öngyilkosság mögött az esetek 50-75 százalékában depressziós betegség húzódik meg, tehát a depresszió nemcsak az életminőséget, hanem az életet is gyakran közvetlenül veszélyeztető kórkép [7, 8].

Szükséges továbbá kiemelni, hogy a terápiarezisztens és különösen az antidepresszívumrezisztens unipoláris major depresszió fokozott klinikai kihívást jelent. Nemzetközi szakirodalmi adatok alapján, a terápiarezisztens major depresszióban szenvedők esetében a fent említett komplikációk kockázata mind fokozottabban áll fent [7, 8].

Közgazdasági vizsgálatok szerint a depresszióval összefüggő társadalmi-anyagi teher nagyobb, mint a hipertónia, asztma, rheumatoid arthritisz és az oszteoporózis miatti kiadások összesen [10].

A depresszió okozta társadalmi kár (a beteg és sokszor hozzátartozóinak munkából való kiesése, korai halálozás, stb.) jóval markánsabb, mint a depresszió kezelésének költsége, amelyben egyébként **a gyógyszeres terápiákkal összefüggő költségarány mindösszesen 6-29 százalék közötti [1].**

Kutatások szerint a magyar lakosság kirívóan rossz egészségi állapotáért és magas halálozásáért az egészségtelen életmód mellett a lelki egészséggel kapcsolatos problémák alapvetően felelősek [3].

## 1.2. A TANULMÁNY MÓDSZERTANA ÉS FELÉPÍTÉSE

Jelen tanulmány bemutatja a depressziót általánosságban, kitérve annak hátterére, epidemiológiájára és klasszifikációjára, majd áttekinti a kezelési lehetőségeket hazai és nemzetközi szakmai útmutatások, illetve irányelvek alapján.

A tanulmány elkészítése során egy 15 főből álló szakmai grémiummal folytattunk konzultációkat. Az interjúalanyok között pszichiáter szakorvosok, pszichológusok, illetve civilszervezetek képviselői reprezentálták a hazai pszichiátriai ellátást. A szakmai diszkussziók alapján tanulmányunkban részletesen kitérünk a hazai ellátás kapcsán megfigyelhető sajátosságokra, ellátási problémákra és szűk keresztmetszetekre, valamint a pszichiátriai ellátásban tapasztalt jó gyakorlatokra.

Ezt követően bemutatásra kerülnek a depresszió egyéni, társadalmi terhei, kitérve a depresszióval járó komorbiditásokra, továbbá a depressziós betegek megnövekedett öngyilkossági kockázataira.

Az egyéni-társadalmi terhek ismertetése után bemutatjuk a depresszió okozta direkt és indirekt gazdasági terhek nagyságát, beleértve a közvet-

len terápiás terheket és a közvetett, pl. munk kiesésből származó szociális terheket is.

A tanulmány záró fejezetében bemutatunk bevált hazai és nemzetközi gyakorlati példákat, programokat és kampányokat, majd összefoglaljuk a felmért terheket, problémákat és főbb, megoldásra váró feladatokat, illetve ezek megoldására javaslatok teszünk.

## 2. FEJEZET

# A depresszióról általánosságban

"Számomra olyan volt, mint egy mély gödör, szépen lassan lecsúszol a legaljára, aztán hiába kaparsz foggal-körömmel, hogy ki tudj mászni, nem sikerül, mert mindig visszacsúszol az aljára. **A világ sötét semmitmondó lesz.**

**Semmi sem érdekel.** Kínzod, ostromozod magad a gondolataiddal, hogy mekkora egy szerencsétlen nyomorék vagy és miért nem dögölsz végre meg. Vagy **ha megpróbálsz kinyírni magad, utána azon rágódsz, miért nem sikerült.** A depresszió egy rohadt nagy lelki törés, tragédia."

"Elkezdttem elzárkózni az emberektől. **Csak aludni akartam, demotivált voltam,** és a legszomorúbb, hogy közömbössé váltam azon dolgok felé, amik korábban boldoggá tettek, és fontos szerepet játszottak az életemben. Evészavaram is adódtak és folyamatosan fogytam. Mindig magamat hibáztattam."

"Folyamatosan **fáradt, lassú és álmos voltam.** Nehezemre esett a mozgás vagy bármilyen produktivitás. Nem volt étvágyam és a stressztől folyamatosan görcsben volt a gyomrom."



## 2.1. A BETEGSÉG ISMERTSÉGE ÉS PERCEPCIÓJA

**A depresszió napjainkban egy igen gyakori betegség, amely becslések szerint világszerte már legalább 260 millió embert érint [4].** A kezeletlen depresszió egy lefelé menő spirált eredményezhet; a spirál „végén” a beteg rokkantsága, önellátási képtelensége, vagy akár öngyilkossága is állhat [7, 11].

A depresszió nagyon gyakori és változatos kórkép, melynek fő jellemzője a depresszív hangulat és az örömképesség részleges csökkenése vagy súlyosabb esetben akár teljes elvesztése. Emellett az érdeklődés elvesztése és az aktivitás csökkenése is nagyon fontos jellemzője a betegségnek. A zavar mértékét meghatározza egyrészt a tünetek száma és azok súlyossága, másrészt a funkcionális károsodás mértéke és azok súlyossága. Ha a tünetek alapján nem is definiálható a klinikai depresszió, akkor is okozhatnak jelentős nehézségeket, így akár csak a szubklinikus depresszió okozta betegségteher is jelentős lehet [12, 13].

Klinikai és nem klinikai szakértőkkel folytatott konzultációink alapján hazánkban a depresszió ismertsége a lakosság minden rétegében magas, azonban súlyos betegségként való elfogadottsága igen alacsonynak tekinthető a laikusok, de általánosságban az orvosok között is.

**A mentális betegségek esetében általánosságban magas társadalmi stigmatizálás figyelhető meg, és ez igaz a depresszióra is:** a betegek nem kapják meg a szükséges támogató légkört a munkahelyükön, a baráti társaságaikban, de sokszor a hozzátartozóiktól sem. Ez a betegség alacsony elismertségének tudható be, mivel a laikus populáció sokszor úgy gondolja, hogy a depresszió csak egy „egyszerű” rossz kedv, amin a betegnek egyszerűen csak túl kell tennie magát.

A betegség népegészségügyi jelentősége és a vele összefüggő hatalmas indirekt terhek (mun-

kaképesség csökkenése vagy teljes elvesztése) ellenére a depresszió nem szerepel az egészségügyi döntéshozók szakmapolitikai prioritásai között napjainkban sem, annak ellenére, hogy számos nemzetközi és hazai tanulmányban kiemelik az MDD-vel összefüggő terheket [1-4, 6-8, 11], mint pl. a Magyar Nemzeti Bank által kiadott 330 pontos javaslatcsomagban, amelynek célja a magyar gazdaság fenntartható felzárkózásának támogatása.

## 2.2. A DEPRESSZIÓ ÁLTALÁNOS BEMUTATÁSA, KLASSZIFIKÁCIÓJA

### 2.2.1. A DEPRESSZIÓ DEFINÍCIÓJA ÉS KIVÁLTÓ TÉNYEZŐI

A depresszió a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával járó betegség, amelynek klinikai képét az érzelmi, magatartásbeli, kognitív, vegetatív ill. szomatikus tünetek esetenként igen változatos kombinációja alkotja. A depresszió betegség és nem azonos a nemkívánatos külső környezeti tényezők által okozott rossz egyéni és társadalmi közérzettel [13, 14].

Jelenleg nem ismeretes egy kizárólagos ok a depresszió hátterében. **Valószínűleg egy okra nem is vezethető vissza minden depressziótípus; a genetikai hajlam és a környezeti hatások együtt vezetnek kialakulásához.**

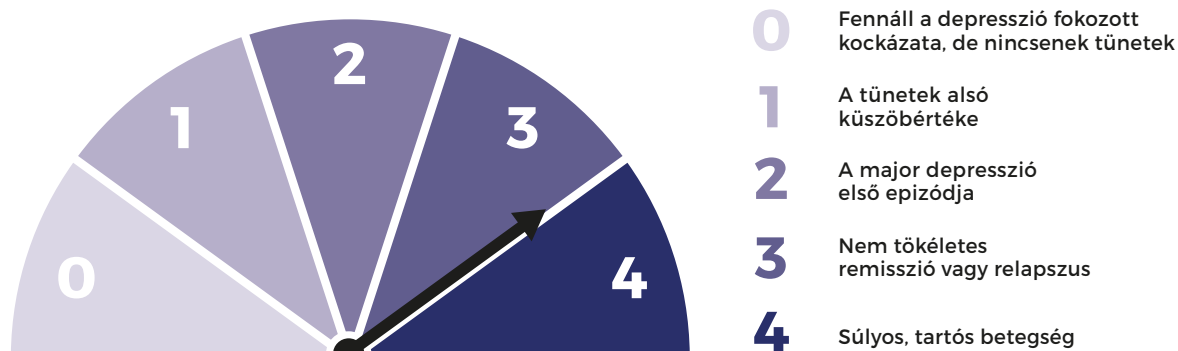
Biológiai szempontból a depresszió kialakulása több mechanizmushoz (endogén vagy exogén) köthető, amelyek egymásra épülnek és nemigen választhatók szét. Ilyen mechanizmusok többek között az élettani napi ritmus (cirkadián ritmus) felborulása, a stressztengely fokozott érzékenysége, vagy az agyi ingerület-átvivő anyagok (szerotonin, noradrenalin, dopamin) rendszerének, illetve az ezekkel kapcsolatos enzimek és receptorok működésének megváltoztatása [14].

A depresszió kialakulásához vezető tényezőket a 2. táblázat foglalja össze [14].



A DEPRESSZIÓ KIALAKULÁSÁHOZ VEZETŐ TÉNYEZŐK ÖSSZEGZÉSE	
Öröklődés	Sikerült néhány olyan gént azonosítani, amelyek a betegség hátterében állhatnak. Azonban nem mindenkinél alakul ki depresszió, akinek a családjában a depresszió már megjelent. Hasonló módon, depresszió alakulhat ki olyan embereknél is, ahol a családban korábban még nem fordult elő. A major depressziók kb. 50 százaléka családi halmozódást mutat, hasonlóan a hipertóniához vagy a cukorbetegséghez.
Az élettani napi ritmus felborulása	Az élettani napi ritmus felborulása vagy eltolódása a mai világban egyre gyakoribb egészségügyi probléma, de genetikai alapjai is vannak. A depresszió kialakulásában fontos szerepet játszik.
Stressz	A hosszan tartó stressz (megoldatlan konfliktusok, lelki megterhelés) vagy az akut stresszhelyzetek is (munkahely elvesztése, haláleset, válás, de pozitív "megrázkódtatások", pl. gyermekszületés), amikor az egyén életritmusa nagyon megváltozik, előhozhatják a depressziót.
Gyógyszerek	Bizonyos gyógyszerek hosszú távú alkalmazása (pl. egyes vérnyomáscsökkentők, altatók, fogamzásgátlók, hormontartalmú gyógyszerek) kapcsolatba hozható a depresszióval.
Betegségek	Egy krónikus betegség (például szívbetegség, stroke, cukorbetegség, daganatos megbetegedések, vagy Alzheimer-kór) fokozza a depresszió kialakulásának kockázatát. A pajzsmirigy alulműködése szintén depresszióhoz vezethet.
Személyiség	Bizonyos személyiségjegyek, például az alacsony önértékelés, önállótlanág, kritikus és önkritikus hajlam, pesszimizmus, hangulatlabilis (ciklotím) temperamentum és a stressz kezelésének nehézsége fogékonyabbá tesz a depresszió kialakulására.
Gyermekegy (postpartum) depresszió	Nagyon gyakori, hogy a szülést követő néhány nap, illetve hét során az anyák nyomott hangulatot tapasztalnak és felmerül bennük az anyaságra való alkalmatlanságuk gondolata (postpartum blues). Ennek a nyomott hangulatnak a súlyos és elhúzódó formája a szülés utáni depresszió.
Hormonok	A nőknél kétszer olyan gyakran alakul ki a depresszió, mint a férfiaknál, és ez alapján a kutatók felvetik, hogy a hormonális tényezőknek is (pl. menstruációs ciklus, szülés, menopauza) szerepe lehet a depresszió kialakulásában.
Alkohol-, nikotin-, kábítószer-használat	Általános vélekedés szerint a depressziós emberek azért isznak, dohányoznak és használnak tudatmódosító szereket, hogy csökkentsék a depressziót, de ez fordítva is igaz lehet: akik ezekkel a szerekkel élnek, nagyobb valószínűséggel lesznek depressziósak és szorongók.

2. táblázat: A depresszió kialakulásához vezethető tényezők



1. ábra: A depresszió klinikai stádiumai [15]

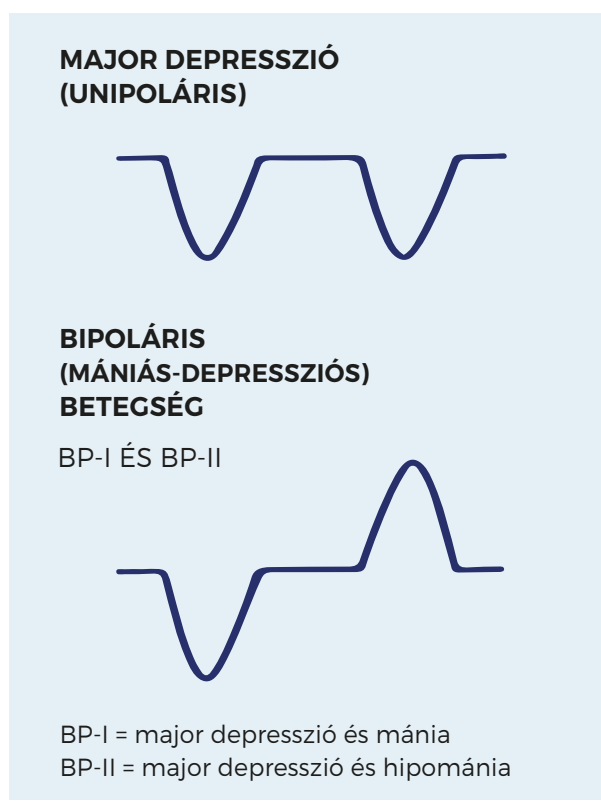
DIAGNOSZTIKAI KATEGÓRIÁK SZERINT	
Unipoláris depresszió	A depresszió lehet egyszeri vagy visszatérően ismétlődő. Az unipoláris depresszió súlyosságát illetően megkülönböztetünk major, illetve minor depressziót; ha utóbbi krónikus lefolyást mutat, és legalább két éve fennáll, disztímiás betegségről beszélünk.
Bipoláris depresszió	Különböző mértékű felhangolt állapotok váltják egymást depresszióval. Bipoláris betegségről akkor beszélünk, ha visszatérően depressziós és mániás (kórosan feldobott) időszakok váltogatják egymást. Mivel ebben az állapotban két szélsőséges viselkedési forma váltogatja egymást, a betegséget bipoláris affektív zavarnak nevezzük. Ilyenkor jellemző módon hónapokig tartó depressziót bizonyos idő elteltével hetekig, hónapokig tartó mániás fázis követ, de akár kevert állapot is kialakulhat, amikor a két véglet egyes tünetei egyidőben mutatkoznak.
SÚLYOSSÁGI FOKOK SZERINT	
Enyhe	A tünetek a páciensnek jelentős szenvedést okoznak, de legtöbb aktivitását a munkahelyi teljesítményben és a szociális aktivitásban fennálló nehézségei ellenére is folytatni tudja.
Közepesen súlyos	A betegnek már nagy nehézséget okoz a hétköznapi, megszokott aktivitásának fenntartása is.
Súlyos (major depresszió)	A depresszió tünetei igen kifejezettek, és jelentős szenvedést okozó formában észlelhetők. Elvész az önértékelés, értéktelenség és büntudat jelenik meg, gyakori öngyilkossági gondolatok és kísérletek, valamint sokszor számos testi tünet kíséretében. Kifejezett pszichomotoros gátoltság vagy éppen agitáció figyelhető meg, a beteg a szokásos tevékenységeit már képtelen, vagy erősen korlátozott mértékben képes folytatni. A súlyos depresszió pszichotikus tünetekkel is járhat, ilyenkor a tünetegyütteshez holotím (bűnösségi, elszegényedési, hypochondriás, nihilisztikus) téveszmék, ritkán hallucinációk (pl. becsmérítő vagy vádló hanghallások, rothadó szag érzése) társulnak.

3. táblázat: A depresszió klasszifikációja [7, 13, 14]

### 2.2.2. A BETEGSÉG KLASSZIFIKÁCIÓJA

A depresszió típusait számos módon lehet csoportosítani. A depressziót általában diagnosztikus kategóriák szerint, illetve súlyosság szerint osztályozzuk (3. táblázat), de differenciálhatunk a kórokok, a megjelenés vagy lefolyás alapján is [12-16]. A betegség klinikai lefolyását súlyosság szerint az 1. ábra szemlélteti.

A depressziók két legfontosabb klinikai megjelenését (unipoláris és bipoláris) a 2. ábra szemlélteti. Míg az unipoláris major depresszió esetén a betegek hangulata az epizódok során mindig negatív irányba mozdul el, addig a bipoláris betegség esetében depressziós és mániás (kórosan feldobott) időszakok váltogatják egymást (a 2. ábrán ezeket a változásokat szemlélteti kissé leegyszerűsítve a vízszintes tengelytől pozitív vagy negatív irányba történő eltérés).



2. ábra: A Depressziók két legfontosabb klinikai megjelenése

### 2.2.3. A MAJOR DEPRESSZIÓ TÜNETTANA

A depresszió tünetei változatosak, jellemzően 5 kategóriába csoportosíthatjuk őket [11, 13, 14]:

- **Érzelmi tünetek:** szomorúság, rosszkedv, apátia, örömképtelenség, önvádolás, szeretetképtelenség.
- **Motivációs tünetek:** a személy érdeklődése, motivációja lecsökken, nincs kedve semmihez (pl.: „semmi értelme belevágni egy újabb szármalmas napba”).
- **Viselkedéses tünetek:** a személy produktivitása, aktivitása csökken, gyakran csak fekszik az ágyban, energiahányról panaszkodik, lelassul. A beteget továbbá görnyedt testtartás, lassú mozgások, halk beszéd jellemzi, ritkán viszont indokolatlanul fokozott mozgáskészletés, nyugtalanság (agitáció) jelentkezik.
- **Kognitív-gondolkodási tünetek:** a depresszióval küzdő személy végtelenül negatívan látja önmagát, a világot, jövőjét, pesszimista, reményvesztett, súlyos esetekben élet-untság, halálvágy, esetleg öngyilkossági szándék vagy kísérlet is fellép. Koncentrációképesége, memóriája gyengül, negatív énkép jellemzi.
- **Testi tünetek:** fejfájás, emésztési zavar, fogyás vagy hízás, szédülés, alvászavar (a beteg nehezen tud elaludni vagy hajnalban felébred, és nem tud visszaaludni), csökkent szexuális késztetés. Állandó fáradékonyság jellemzi (testi betegség nélkül).

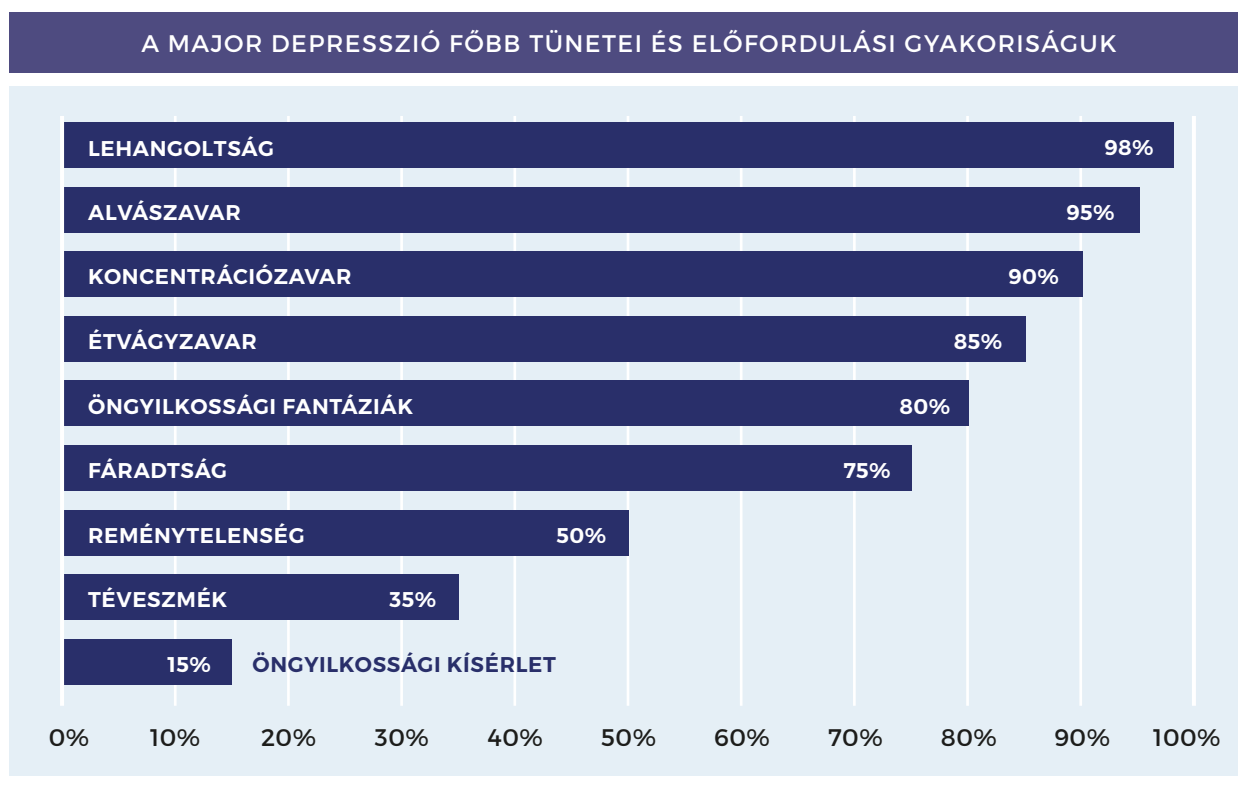
A fentiek alapján a depressziót emocionális, motivációs-viselkedési, kognitív és testi tünetek jellemzik, ugyanakkor nem minden betegnél fordul elő minden tünet. Az egyes tünetek

száma és súlyossága különböző a pácienseknél, de adott betegeknél is időről időre változhat.

A megélt szubjektív szenvedés és a mindennapi funkciók károsodásának mértéke összefüggésben áll a tünetek súlyosságával. A testi tünetek előtérbe kerülése esetén gyakran sem az orvos sem a beteg maga nem ismeri fel a depressziót [13, 14, 16].

A major depresszió főbb tüneteit és előfordulásuk gyakoriságát a 3. ábra foglalja össze [13, 14].

**Az unipoláris major depresszió az esetek több mint 60 százalékában ismétlődő (rekurrens) vagy krónikus lefolyást mutat; kezelés nélkül az ismétlődő depressziós epizódok egyre hosszabbak, a tüneti kép pedig egyre súlyosabb [4, 13, 14].**



3. ábra: A major depresszió főbb tünetei

Az unipoláris major depresszió diagnózisának kritériumai (DSM-5 szerint):

#### A MAJOR DEPRESSZIÓ DSM-5 KRITÉRIUMAI

**{A}** A következő tünetekből **öt (vagy több) áll fenn egy kéthetes periódus alatt**, és ezek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg. Továbbá, az első két tünetből legalább egy (vagy a depresszív hangulat, vagy az érdeklődés vagy öröm elvesztése) szükséges a diagnózishoz.

(Megjegyzés: Nem számítjuk azonban a tünetek közé azokat, amelyek egyértelműen az általános egészségi állapot következményei, illetve a hangulathoz nem illő hallucinációkat és téveszméket.)

1. A nap legnagyobb részében és csaknem mindennap levert hangulat, amelyet az egyéni beszámoló (például szomorúság vagy üresség érzése) vagy mások megfigyelései (például könnyezni látják) jelez. (Megjegyzés: gyerekeknél vagy serdülőknél elég az ingerült hangulat jelzése)
2. Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése minden vagy majdnem minden tevékenységben a nap túlnyomó részében, majdnem mindennap (akár szubjektív beszámoló, akár mások megfigyelése alapján).
3. Jelentős súlycsökkenés vagy -gyarapodás (havonta a testsúly 5%-át elérő változás) diétázás nélkül, vagy az étvágy jelentős csökkenése/növekedése csaknem mindennap. (Megjegyzés: gyermekekben a súlygyarapodás elmaradása)
4. Insomnia vagy hypersomnia csaknem mindennap.
5. Motoros agitáció vagy gátoltság csaknem mindennap (mások megfigyelése alapján, nem elegendő csupán a nyugtalanság vagy meglassultság szubjektív érzete).
6. Fáradtság vagy anergia csaknem mindennap.
7. Értéktelenség érzése vagy kifejezett, illetve inadekvát önvádolás/bűntudat, akár téveszmés fokban is, szinte mindennap (nem pusztán a beteglét miatti lelkiismeret-furdalás vagy bűntudat).
8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség, szinte mindennap (akár szubjektív élmény, akár mások megfigyelése alapján).
9. A halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet, vagy konkrét öngyilkossági terv.

**{B}** A tünetek klinikailag jelentős szenvedést, vagy a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működések romlását okozzák.

**{C}** A tünetek nem kémiai anyag (például visszaélésre alkalmas szer, gyógyszer) vagy általános egészségi állapot (például hypothyreoidizmus) közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatók.

*Megjegyzés: Az A-C kritériumok fennállása jelenti a major depressziós epizódot.*

*Megjegyzés: A jelentős veszteségre (pl. gyász, anyagi veszteség, természeti katasztrófa, súlyos orvosi betegség vagy fogyatékoság okozta veszteségek) adott válaszok magukban foglalhatják az A kritériumban részletezett intenzív szomorúság érzéseit, álmatlanságot, rossz étvágyat és súlycsökkenést, amely így hasonló lehet egy depressziós epizódhoz. Noha az ilyen tünetek érthetőek a veszteség szempontjából, a major depressziós epizód jelenlétét a jelentős veszteségre adott normál válasz mellett a körülmények között gondosan mérlegelni kell. Ez a döntés elkerülhetetlenül szükségessé teszi az egyén kórtörténetén és a kulturális normákon alapuló klinikai megítélés gyakorlását a szorongás kifejezésére a veszteséggel összefüggésben.*

**{D}** A tünetek nem magyarázhatók jobban a következő betegségek ismérveivel: szkizoaffektív rendellenesség, szkizofrénia, szkizofeniform rendellenesség, téveszmés rendellenesség vagy más meghatározott és nem meghatározott szkizofrénia spektrum és más pszichotikus rendellenességek

**{E}** Soha nem jelentkezett mániás vagy hipomániás epizód.  
(Megjegyzés: Ez a kizárás nem alkalmazandó, ha az összes tapasztalt mániás vagy hipomániás epizódot valamilyen kémiai anyag okozta, illetve amennyiben azok egy másik egészségügyi állapot fiziológiai hatásainak tulajdoníthatóak.)

4. táblázat: A major depresszió DSM-5 kritériumai [13, 14]

#### 2.2.4. A MAJOR DEPRESSZIÓ PSZICHOLÓGIAI ÉS BIOLÓGIAI HÁTTERE

**A depresszió multifaktoriális betegség, azaz egyszerre több tényező egyidejű megjelenése vezethet a kór kialakulásához.** A depresszió kialakulásában szerepet játszhat valamilyen mértékű genetikai meghatározottság is.

**A major depresszió az esetek közel felében familiáris halmozódást mutat** és bár a depresszióra való hajlam öröklésmenete még nem teljesen tisztázott, annyi már bizonyos, hogy genetikailag heterogén öröklődésről van szó. Ez a genetikai hajlam – különösen kedvezőtlen gyermekkori és felnőttkori életesemények hatására – többek között a központi idegrendszer szerotonin, noradrenalin, ill. dopamin anyagcseréjének zavarában nyilvánul meg. Az unipoláris major depresszió és a disztímia (minor depresszió) csak a tüneti kép súlyosságában és a betegség időtartamában különböznek egymástól; a genetikai hajlam, a pszichoszociális stresszorok szerepe, a biokémiai eltérések és a terápiás válasz azonos. A kora gyermekkori negatív kulcsélmények mellett stresszt okozó életesemények, valamint az információfeldolgozást érintő gondolkodási zavarok jelenléte is meghatározó lehet a depressziós epizód kialakulásában [13, 14].

A depresszió a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával és számos egyéb (magatartásbeli, kognitív és testi) tünetekkel járó betegség, amelynek kialakulásáért számos tényező (genetikai hajlam és környezeti hatások) együttes fennállása felelős.

Az unipoláris major depresszió mind előfordulási gyakoriságát, mind egyéni és társadalmi jelentőségét illetően a pszichiátria és az orvostudomány egyik kiemelt problémája.

A major depresszió tünetei igen változatosak: legjellemzőbb tünetei a levertség, rossz hangulat, örömképesség elvesztése, alvás- és evészavar, fáradtság, érdektelenség és a halál gondolatával való gyakori foglalkozás.

A depresszió kialakulásához több tényező együttes fennállása szükséges; a major depresszió jellemző rizikótényezői a pozitív családi anamnézis, a kora gyermekkori negatív életesemények és az aktuális (felnőttkori) pszichoszociális stresszorok [4, 13, 14].

Terápiarezisztens depresszió (TRD) alatt általában a biológiai terápia, de főleg a farmakoterápiarezisztens depressziót értjük, vagyis, ha két, adekvát dózisú és időtartamú antidepresszív kúra sikertelen volt, ill. a beteg állapota lényegesen nem javult (esetleg romlott). Terápiarezisztens depressziós betegek esetében a megélt tünetek még hangsúlyosabbak lehetnek: a betegek többsége munkaképtelen, továbbá számos beteg önellátásra is képtelen. Ennek okán a beteg gondozójára vagy hozzátartozójára kiemelt felelősség hárul, továbbá a gondozó vagy hozzátartozó életére is jelentős negatív befolyással bír a beteg és betegsége [8, 17, 18].

## 2.3. A DEPRESSZIÓ EPIDEMIOLÓGIÁJA

### 2.3.1. NEMZETKÖZI EPIDEMIOLÓGIAI ADATOK

A Európában és Észak-Amerikában történt reprezentatív felmérések szerint a major depresszió minden évben a lakosság 6-10 százalékát érinti, míg élettartam-prevalenciája 12-19% [2, 13, 14]. Az Európai Unió adatai szerint a major depresszióban szenvedő betegek száma kb. 18,4 millióra tehető éves viszonylatban [1]. Hat európai országban (Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország, Hollandia és Spanyolország) zajló európai vizsgálat (ESEMED/MHEDEA 2000) eredménye alapján Nyugat-Európában a major depresszió élettartam-prevalenciája 12,8% (férfiak: 8,9%, nők: 16,5%). Az elemzés szerint a major depresszió előfordulása a háziorvosi praxisban 5-10% volt, és a súlyos szomatikus betegségben szenvedők körében a depresszió előfordulása meghaladja az átlagpopulációs értékeket [16]. Az unipoláris major depresszió és a disztímia (enyhe krónikus depresszió) nők esetében kétszer gyakrabban fordul elő, mint férfiakban.

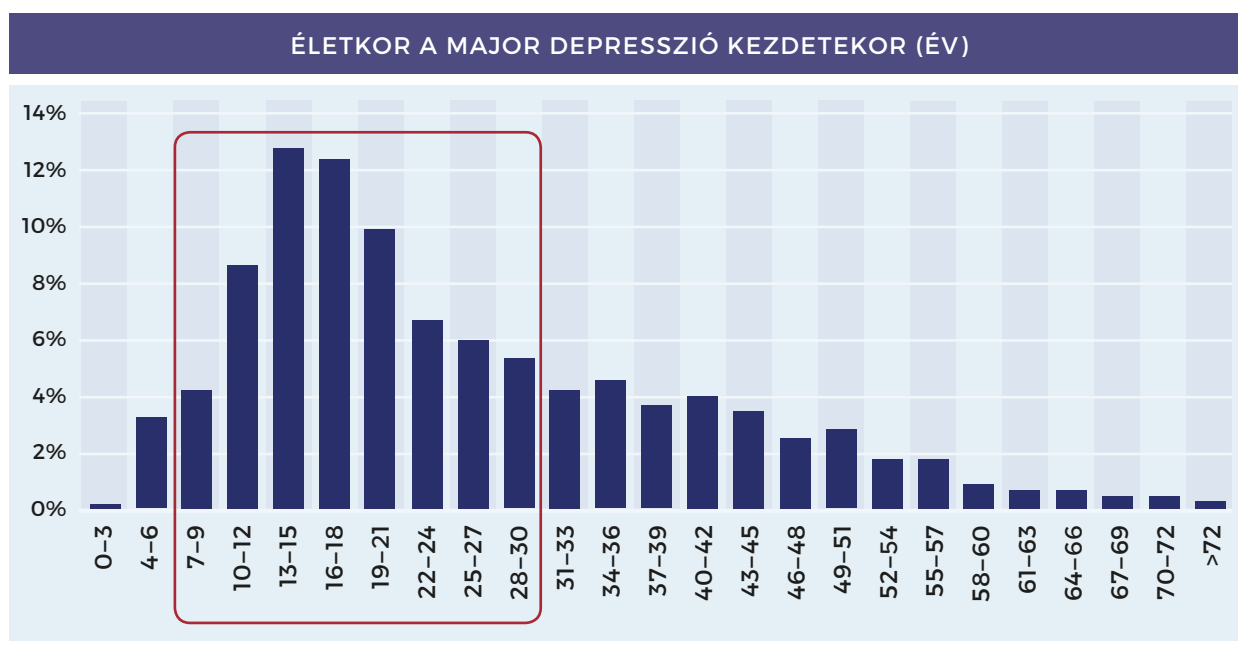
**Az unipoláris major depresszió bármely életkorban kezdődhet, de általában 40 éves kor körül diagnosztizálják, az utóbbi években azonban ez egyre fiatalabb korra tolódik** (20-30 év között, de nemritkán már a serdülőkorban) [2, 13, 14, 19].

Egy 2007-ben, több mint 4.000 beteg bevonásával készült elemzés mindezt alátámasztja (a tanulmány alapján a jellemző életkor a major depresszió első epizódja idején 26 év volt) [19].

A 4. ábra bemutatja, hogy a depresszió kezdetén, az első epizód során hány éves volt a beteg; az elemzés szerint a major depresszió leggyakrabban a 13-15 éves korcsoportban kezdődik.

### 2.3.2. HAZAI EPIDEMIOLÓGIAI ADATOK

Magyarországon az 1980-as években a depresszióval diagnosztizált vagy depressziós tüneteket mutató betegek aránya a felnőtt populációban 5-35/100.000 beteg között alakult. 1988-ban Kopp Mária és mtsai az országos, reprezentatív vizsgálatban (Hungarostudy) a felnőtt



4. ábra: Jellemző életkor a major depresszió kezdetekor [13, 19]

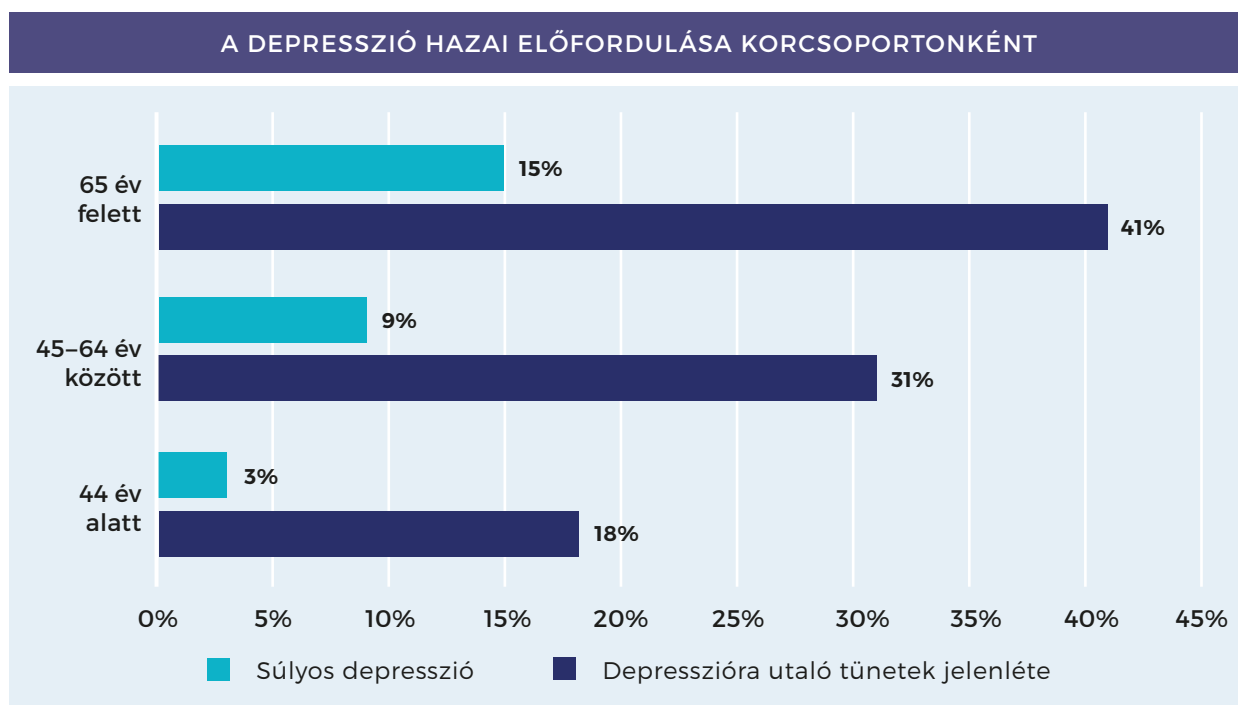
(16 év feletti) lakosság 24%-ánál találtak depresszív tüneteket (a rövidített Beck-depresszió kérdőívvel mérve), továbbá a súlyos depresszió gyakorisága 3% volt. Hét évvel később, a „Hungarostudy 1995”-ben már a lakosság 31%-ánál tapasztaltak depresszióra utaló tüneteket, a súlyos depresszió aránya pedig már 7% volt.

A „Hungarostudy 2002” alapján a 44 évnél fiatalabbak 18%-ának, a 45–64 évesek 31%-ának és a 65 év felettek 41%-ának voltak depresszióra utaló tünetei. A major depresszió aránya a három korcsoportban 3%, 9%, valamint 15% volt [16].

Fontos azonban megjegyezni, hogy a két Hungarostudy-ban nem az orvosi értelemben vett major depressziót, hanem "csak" a depressziós tüneteket ill. depressziós tünetegyüttest vizsgálták, amely a mindenképpen kezelést igénylő major depressziónál jóval gyakoribb, bár kétségtelen, hogy a definitív major depressziós betegek elsősorban ebből a populációból kerülnek ki.

Nemzetközileg elfogadott diagnosztikai kritériumokon alapuló, a felnőtt hazai lakosság reprezentatív mintáján végzett vizsgálatban Szádóczky Erika és mtsai azt találták, hogy az orvosi értelemben vett és kezelést igénylő major depresszió élettartam, éves és egy hónapos prevalenciája a nemzetközi adatoknak megfelelően 15,1%, 7,1% és 2,6% [2].

A szakirodalomból ismert nemek közötti különbségek a hazai mintában is megmutatkoztak: a major depresszió gyakrabban fordult elő nők körében (20% nőknél vs. 9% férfiaknál). Szádóczky Erika és mtsai kutatásában kimutatóra került, hogy a vizsgálat időpontjáig a major depressziós betegek 70%-ának több mint egy visszatérő major depressziós epizódja volt. A vizsgálat előtti egy évben a betegek 7%-ának (a nők 9%-ának, a férfiak 5%-ának) volt major depressziója, míg a vizsgálatot megelőző egy hónapban a betegek 2,6%-a (nők 3%-a, férfiak 2%-a) tapasztalt major depressziós epizódnak megfelelő tüneteket. Az egyhónapos, valamint az egyéves előfordulási gyakoriság



5. ábra: A depressziós tünetek hazai előfordulása [16]



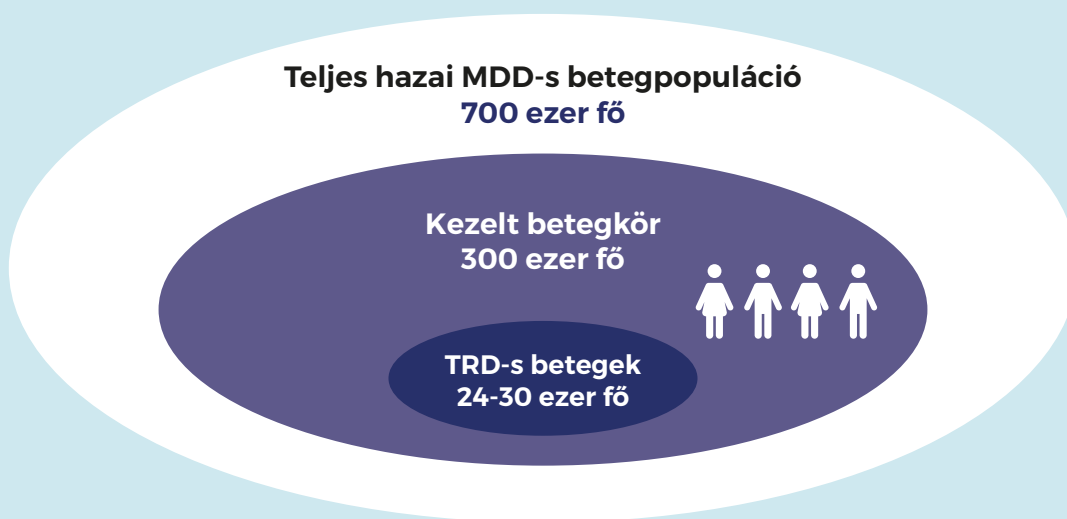
mindkét nem esetében a 45–54 éves korosztályban volt a legmagasabb (3% a férfiaknál, illetve 9% a nőknél) [2]. Az orvosi értelemben vett major depresszió gyakorisága a háziorvosi praxisban hazai felmérések szerint 8-10 százalék között van, és a háziorvost felkeresők gyakran testi panaszok vagy betegség miatt kérnek konzultációt, és a depresszió felismerése gyakran (bár egyre csökkenő mértékben) elmarad [16].

Az unipoláris major depresszió a nők esetében több mint kétszer vagy akár háromszor gyakrabban fordul elő, mint a férfiaknál. A betegség bármely életkorban kezdődhet, leggyakrabban 20 év körül, de a betegek sokszor csak évek múlva kérnek segítséget, a pontos diagnózis gyakran éveket késik [2, 13, 14, 19].

Nemzetközi adatokkal megegyezően Magyarországon a major depresszió élettartam-prevalenciája 15,1%, míg 1 éves prevalenciája 7,1% és 1 hónapos prevalenciája pedig 2,6%. Mindezek alapján a teljes hazai éves betegpopuláció évente elérheti akár a 600-700 ezer főt is és minden adott hónapban közel 200.000 major depressziós beteggel kell számolni, akiknek kevesebb mint fele áll orvosi (gyógyszeres) kezelés alatt [1, 13].

Összehasonlításként, magyarországi epidemiológiai adatok alapján a felismert és kezelésbe vont cukorbetegek száma megközelíti a 800.000 főt.

Hazai szakértői vélemények és előzetes vizsgálati eredmények szerint a terápiarezisztens depressziósok prevalenciája az összes, kezelt major depressziós beteg körében 8-10% körüli, amelyet egy friss, valós életbeli adatokra támaszkodó hazai kutatás is megerősít (8,3%) [20]. Ennek megfelelően hazánkban a gyógyszeres kezelés alatt álló kb. 300 ezer betegből 24-30 ezer terápiarezisztensnek tartott major depressziós is lehet. Amennyiben a hazai betegpopuláció nagyságának becsléséhez a hazai éves prevalencia adatokat vesszük alapul függetlenül attól, hogy a beteg kapott-e kezelést vagy nem (7,1%), úgy az éves prevalens betegszám 700.000 körülire, a terápiarezisztens depressziós (TRD) betegek száma 56-70 ezer közöttire tehető.



6. ábra: A hazai becsült MDD-s populáció

## 2.4. A DEPRESSZIÓ MEGELŐZÉSE, KEZELÉSE ÉS A TERÁPIÁS ALTERNATÍVÁK ÖSSZEGZŐ BEMUTATÁSA

### 2.4.1. MEGELŐZÉSI ALTERNATÍVÁK ÖSSZEGZÉSE

A depresszió megelőzése tekintetében léteznek elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzési lehetőségek.

- **Az elsődleges megelőzésről egészséges emberek esetén beszélhetünk, amikor még egyáltalán nem jelentkezett a személynél depressziós epizód vagy tünet.**

A lelki egészség fenntartása és fejlesztése nem csupán a depressziók, hanem az egyéb lelki és mentális zavarok megelőzését is segíti. Minden olyan kormányzati intézkedésnek, amely az egyént, a családot vagy bármely szociális csoportot támogat, (beleértve az életszínvonal növelését, a célzott családtámogatási intézkedéseket és a munkanélküliség csökkentését), komoly mentálhigiénés kihatása van. Ebben a fázisban jelentős szerep jut az iskoláknak. Depresszióra hajlamos személyeknél, vagyis olyanoknál, akiknél az első vagy másodfokú rokonok között major depresszió vagy bipoláris betegség, illetve szuicídium előfordult, az alkohol, a dohányzás és drogok kerülése, valamint az alvás-ébrenlét ciklusok pontos betartása, a rendszeres testmozgás és az egészséges táplálkozás az elsődleges prevenciót szolgálja. Az elsődleges prevenció hatása – érthető okok miatt – csak több év, illetve évtized múlva érvényesül.

- **Másodlagos megelőzés alatt a depressziós epizód megfelelő és időben elkezdett kezelését értjük, mivel az időben elkezdett antidepresszív terápiával megelőzhetjük a súlyosabb állapot, illetve a szövődmények kialakulását.** A megelőzés fontos eleme, hogy az orvos – elsősorban a háziorvos – időben észrevegye a tünetek

mögött meghúzódó depressziót és irányítsa tovább a beteget szakorvoshoz.

- **Harmadlagos megelőzés alatt a már korábban jelentkezett depressziós epizód újbóli előfordulásának elkerülését értjük, hosszútávú (profilaktikus) gyógyszeres kezeléssel vagy célzott pszichoterápiával.**

A depresszió megelőzésében rendkívül nagy jelentősége van az orvos–beteg kapcsolatnak. A pszichoedukáció keretében a beteget a kezelőorvos felkészíti arra, hogy korán észrevegye depressziójának esetleges újbóli jelentkezését [13, 14, 21].

A megelőzés mellett nagyon fontos kiemelten kezelni a major depressziót övező társadalmi stigmatizálás csökkentését a hatékonyabb kezelés érdekében. Különböző országos népegészségügyi programok szervezésével (továbbá média/közösségi média kampányokkal, iskolai programokkal) sikeresen növelhető lenne az MDD társadalmi elfogadottsága.

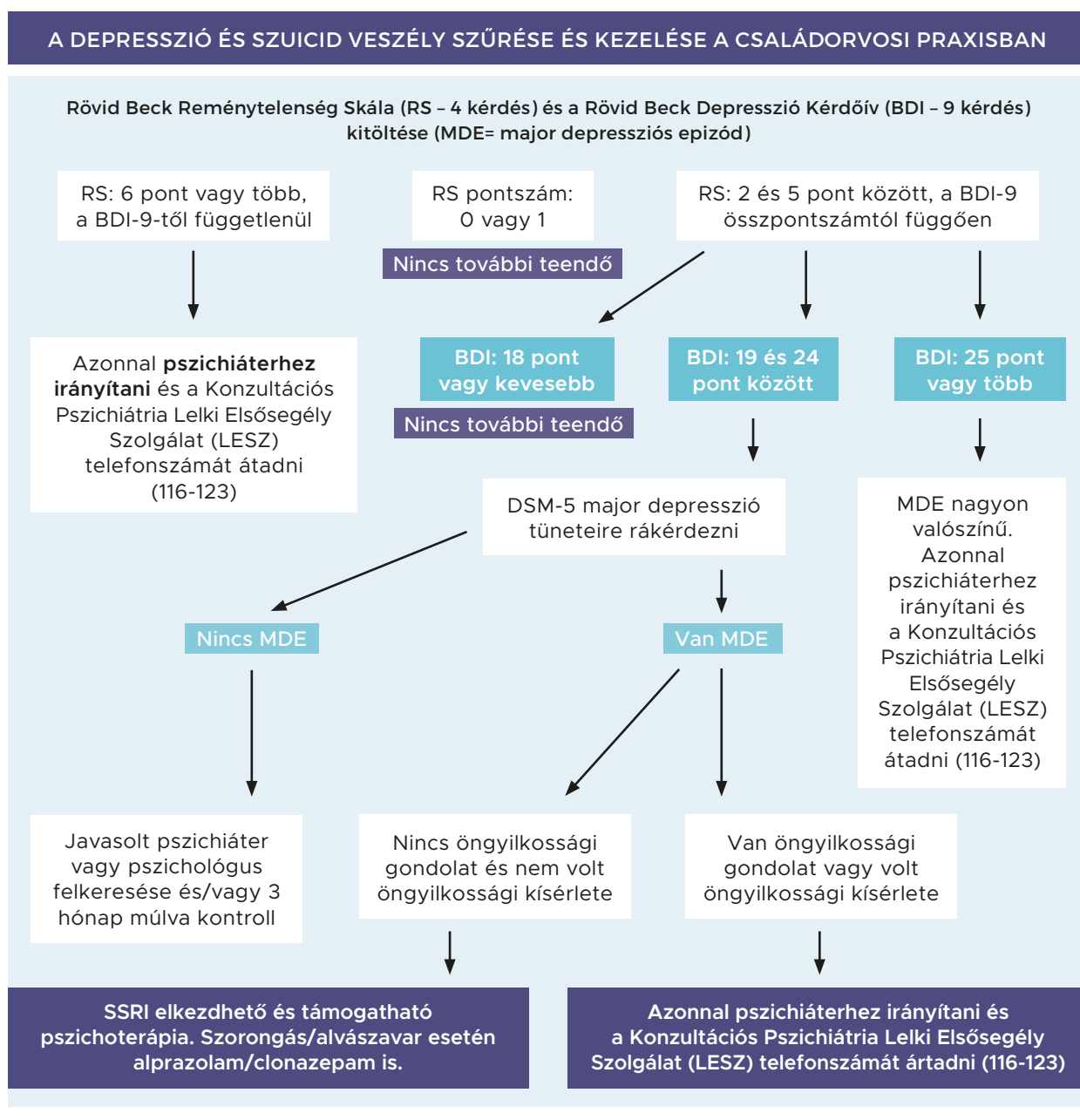
Nemzetközi és hazai kutatások alapján az öngyilkosok 65-87%-a (nem kezelt) depresszióban szenved az elkövetés idején és a kezeletlen major depressziós betegek 15-19%-a öngyilkosságban hal meg. Ennek tükrében kijelenthető, hogy az orvosi (pszichiátriai) ellátás **kiemelt jelentőségű az öngyilkosság megelőzésében, mivel a sikeresen kezelt depressziós betegeknek a befejezett öngyilkosság és az öngyilkossági kísérletek gyakorisága is tizedére csökken** [7-9, 22].

## 2.4.2. KIVIZSGÁLÁS ÉS DIAGNÓZIS FOLYAMATA

A három leggyakoribb hangulatzavart – major depresszió, disztímia, bipoláris depresszió – már a háziorvosnak is fontos elkülönítenie. Ha a levert hangulat krónikusan, több mint két éve fennáll, de az egyéb tünetek nem elégtíki ki a major depresszió kritériumait, disztímiáról

beszélünk. Hangulatzavar esetén mindig meg kell vizsgálni, hogy a fennálló depressziós epizódokat tarkítják-e mániás epizódok. Ha a betegnél legalább egyszer, felváltva depressziós és mániás epizódok is előfordulnak, bipoláris hangulatzavarról beszélünk [13, 14, 16].

**A major depresszió az esetek 20–30%-ában krónikus lefolyású, azaz éveken keresztül fennáll;**



7. ábra: A depresszió és szuicid veszély szűrése és kezelése a családorvosi praxisban [22, 23]

korai felismerése és kezelése a szövőd-mények megelőzése érdekében is fontos. A depresszió szűrésének és az öngyilkosság megelőzésnek folyamatát az alapellátásban a 7. ábra szemlélteti [22, 23].

A háziorvosi, illetve az általános orvosi praxis-ban nem feltétlenül a pontos pszichiátriai kórisme felállítása a cél, így ilyen esetekben a 4 kérdést tartalmazó Beck Reménytelenség Kérdőív és a 9 kérdéses Beck Depressziószűrő Skála segítségével lehet az akut, illetve a rövid távon megjelenő öngyilkossági veszélyt megbízhatóan megállapítani [23].

A depressziók felismerésében és kezelésében az utóbbi két évtizedben lényeges javulás volt tapasztalható; ennek ellenére a depresszió a világon még ma is mindenütt aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség.

**Kutatások szerint az alapellátásban a depressziós betegek mindössze 47-84%-a kerül diagnosztizálásra** [16, 24], pedig a háziorvosnál jelentkező betegek közel 50%-ánál fennáll kezelendő pszichés tünet, gyakran szomatikus betegséghez társulva [13, 16, 25].

A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban végzett vizsgálatok szerint a fokozatosan javuló tendencia ellenére a major depresszióban szenvedő betegeknek még mindig csak 30-60 százaléka áll kezelés alatt [1, 4, 11].

A diagnózis megállapításának első lépése a NICE, a DSM-5 vagy a BNO-10 irányelvei alapján, hogy indokolt esetben a beteget ellátó személyzet a következő két kérdést feltegye a személynek [12-14]:

*Gyakran előfordult-e az elmúlt hónap során, hogy különösen levertnek, depressziósnak vagy reménytelennek érezte magát?*

*Gyakran előfordult-e az elmúlt hónap során, hogy a korábban örömet okozó tevékenységek iránt elvesztette az érdeklődését?*

A depresszió diagnózisát különböző osztályozási rendszerek, a betegségek nemzetközi osztályozása vagy a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) kritériumai alapján állítják fel. Fontos azonban megjegyezni, hogy a depresszív tünetek klinikailag akkor is jelentősek lehetnek és intervenciót igényelhetnek, ha nem érik el a major depresszió szintjét. Ismert, hogy az úgynevezett szubszindrómális vagy minor depresszió is jelentős diszfunkciót eredményezhet [14, 16].

A major depresszió diagnózisának felállításához a korábbiakban bemutatott DSM-5 kritériumainak kell teljesülnie (ld. 4. táblázat). Magyarországon a hivatalos és kötelezően alkalmazandó diagnosztikus rendszer a BNO 10 (amely 2022 januártól a BNO 11-re módosul) [14].

A diagnózis felállításában és az állapot változásának dokumentálásában segíthet továbbá az ún. Montgomery-Åsberg depressziós skála (MADRS), amely egy tíz tételből álló kérdőív. A skálát brit és a svéd kutatók 1979-ben állították össze a Hamilton depresszió skála (HAMD) továbbfejlesztéseként, amely érzékenyebb lesz az antidepresszívumok és más kezelési formák által okozott változásokra, mint a Hamilton skála. A két kérdőív pontszáma között azonban magas a statisztikai korreláció [26].

A hazai szakmai irányelv és a pszichiáter szakorvos képzés hivatalos kézikönyve az unipoláris depresszió diagnózisához az anamnézis és exploráció mellett fizikális vizsgálatokat kiegészítő laboratóriumi vizsgálatokat, szükség esetén célzott szakkonzíliumokat, illetve célzott pszichológiai vizsgálatokat ír elő [13, 27].

### 2.4.3. KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK ÖSSZEGZÉSE HAZAI ÉS NEMZETKÖZI IRÁNYELVEK ÉS TANKÖNYVEK ALAPJÁN

Alapelve, hogy minden intervenciót képzett szakemberek végezzenek. A pszichológiai és a pszichoszociális intervenciók megfelelő kezelési módszertanon kell, hogy alapuljanak, (amelyek részletesen ismertetik a kezelés szerkezetét és időtartamát). Ezen felül minden intervenció meg kell, hogy feleljen az alábbi kritériumoknak:

- **szupervízió:** rendszeres, magas szintű szupervízió elérhető legyen a szakemberek számára
- **állapotváltozás követése:** az állapotváltozást rendszeresen mérőeszközökkel kell vizsgálni, amelyek biztosítják azt, hogy a kezelésben részt vevő személy tisztában legyen a hatékonysággal
- **együttműködés követése:** fontos figyelemmel kísérni és kiértékelni a kezeléssel való együttműködés hatékonyságát és a kezelő kompetenciáját.

Az unipoláris depresszió diagnózisáról és kezeléséről szóló szakmai irányelv új változata 2021 tavaszától elérhető lesz. Mindezekon túl a közben forgalomba került új gyógyszerek alkalmazási előiratai is kötelező ismereteket tartalmaznak az adott szert illetően.

Az unipoláris depresszió terápiáját tekintve megkülönböztetünk gyógyszeres és nem gyógyszeres kezeléseket. A hazai irányelvben és tankönyvekben szereplő terápiás alternatívákat az alábbiakban foglaljuk össze:

#### *Nem gyógyszeres kezelések*

- **Nem gyógyszeres kezelések közül gyakran a pszichoterápia a leginkább célra-vezető kezelési módszertan.** A különböző pszichoterápiák lényege a célorientált

megközelítés, amelynek eredményeként a beteg megtanulja kezelni a számára legnagyobb kihívást jelentő problémáját (pl. a másokkal való együttműködést). A kezelés sikere nem kismértékben a megfelelő szakemberrel történő együttműködésben rejlik. A pszichoterápia hatásának kialakulása több hetet vesz igénybe, mivel a kezelés ülések sorozatából áll, egy-egy alkalom átlagos hossza 45-50 perc. Az ülések száma változó, és az adott módszertől függ. Ismertek rövid kezelések, de ezzel szemben vannak hosszú, éveken át tartó kezelések is [13, 14, 28].

- **A specifikus csoportterápia szintén segítséget nyújthat,** így pl. különböző pártérápiás, családterápiás, stressz kezelő csoportok látogatása [27, 28].
- A pszichoterápiák mellett létezik számos más nem gyógyszeres kezelési forma is [13] (lásd. 5. sz. táblázat)

#### *Gyógyszeres kezelések*

**Visszatérő, súlyos depressziók esetén indokolt és elkerülhetetlen a gyógyszeres kezelés, antidepresszívumok alkalmazásával.** Ezek a gyógyszerek az agyi ingerület-átvivő anyagokra (neurotranszmitterekre) és/vagy ezek receptoraira hatnak, főleg a noradrenalinra, a szerotoninra, a dopaminra, illetve a melatonin anyagcserére [13, 27].

- **Gyógyszerek segítségével a depresszió jól kezelhető.** A jelenleg elérhető antidepresszív szerek biztonságosak, alkalmazásuk pszichiáter felügyelete mellett történik, aki időszakos labor- vagy egyéb egyszerű vizsgálatokat rendelhet el [13, 27].
- A gyógyszeres kezeléseket tekintve, az unipoláris depresszió bármely klinikai manifesztációja esetén adekvát antidep-

resszív farmakoterápia szükséges. Mai ismereteink szerint nincsen univerzális antidepresszívum, és **a depressziós betegek – a diagnosztikai kategóriáktól és az aktuális súlyosságtól függetlenül – különböző hatásmechanizmusú antidepresszívumokra reagálnak** [27].

- Az újabb generációs antidepresszívumok (pl. SSRI-k, kettős hatású és melatonerg szerek) elterjedésével a depressziós betegségek terápiás lehetőségei jelentősen javultak, ugyanakkor a depressziós betegeknek csak kb. 50%-a mutat lényeges javulást (és kb. 30–35%-a válik

#### AZ UNIPOLÁRIS MAJOR DEPRESSZIÓ NEM GYÓGYSZERES KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

Pszichoterápia	Minden esetben szükséges az egyéni, szupportív jellegű pszichoterápiás betegvezetés. A beteget biztosítani kell arról, hogy panaszait megértik és elfogadják, betegségét, vagyis a depressziót mai ismereteink alapján többségében gyógyítani tudják.
Specifikus pszichoterápiák	Az interperszonális terápia, a kognitív és viselkedés-terápia, valamint a probléma-megoldás centrikus pszichoterápia, mind bizonyítottan hatékonyak a major depressziók kezelésére. Vizsgálatok bizonyították, hogy a major depresszió kezelésében a legjobb eredményt a gyógyszeres és pszichoterápiás kezelések kombinációja adja.
Pszichoedukáció	A pszichoedukáció (vagyis a beteg és családtagjai felvilágosítása, képzése a betegség tüneteit, a kezelési lehetőségeket, a terápia hatásait, a kezelés tervezett időtartamát, várható mellékhatásait illetően) a depressziók kezelésének nélkülözhetetlen része. A szakszerűen végzett pszichoedukáció mind rövid-, mind hosszútávon lényegesen javítja a beteg motiváltságát és együttműködését a kezelés minden formájával.
Fizikai aktivitás	Bizonyos vizsgálatok szerint a rendszeres fizikai aktivitás hatékony lehet major depresszióban mind fiatal, mind idős betegeknél (azonban a fizikai aktivitás monoterápiában történő alkalmazását további vizsgálatoknak kell tisztáznia).
Alvásmegvonás	Az unipoláris depresszió kezelésében akár önmagában, akár gyógyszeres és egyéb terápiákkal kombinálva igen hatékony kezelési mód a részleges alvásmegvonás. Az alvásmegvonás során a beteg hajnali 1 órakor kel és aznap este legalább 20 óráig ébren van. A kezelésre reagálókna az ismételt alvásmegvonásokat heti két alkalommal célszerű javasolni.
Fényterápia	A rendszeresen a késő őszi és téli hónapokban jelentkező unipoláris depressziók eseteiben a gyógyszeres terápia kiegészítéseként (de akár önmagában is) hatékony módszer lehet a fényterápia: 2500 lux intenzitású fény naponta két órán keresztül, vagy 10000 lux 30-40 percig (inkább reggel).
Elektrokonvulzív kezelés (ECT)	Az ECT a depresszió hatékony kezelésének legrégebbi módszere, amely az újabb antidepresszívumok széles körű elterjedésével lényegesen háttérbe szorult. Ma már szinte kizárólag a terápiarezisztens depresszióban vagy extrém súlyos (stuporózus, heves agitációval járó), ill. masszív szuicid veszéllyel jellemzett depressziós esetekben kerül alkalmazásra.

5. táblázat: Az unipoláris major depresszió nem gyógyszeres kezelési lehetőségei [13]

tünetmentessé) az első antidepresszívum szakszerű adagolása mellett [13].

- **A nem-reszpondernek bizonyult betegek közel fele, vagyis az összes beteg kb. 25%-a nem mutat lényeges javulást a második antidepresszívummal végzett kezelésre sem**, de mivel ezen non-reszponder betegek megközelítően fele jól reagál a harmadik – szakszerűen választott – antidepresszívum szerre, a harmadik antidepresszívum-terápia után a betegek 15–25%-a, míg a negyedik után csak 10–12%-a bizonyul rezisztensnek [8, 13, 17, 27].

A 31/2010. (V. 13.) EüM rendelet jelenleg csak a szkizofréniára vonatkozóan rögzít (gyógyszer) finanszírozási protokollt (A szkizofrénia antipszichotikus gyógyszeres kezelésének finanszírozási eljárásrendje),<sup>1</sup> **az unipoláris vagy bipoláris betegségekre vonatkozóan finanszírozási eljárásrend nem áll rendelkezésre.**

Hazánkban 2020-ban a 6. sz. táblázatban felsorolt antidepresszívumok rendelkeztek forgalombahozatali engedéllyel [27].

Az antidepresszív farmakoterápia során, különösen kezdetben, jelentkezhetnek mellékhatások, amelyek többnyire enyhék és átmenetiek, de igen ritkán súlyosak is lehetnek, és a gyógyszer dózisének módosítását, sőt akár terápiaváltást is eredményezhetnek. A mellékhatások megjelenése a gyógyszer alkalmazásának első két hete során már akkor is előfordulhat, amikor a depressziós tünetek enyhülése még nem tapasztalható. A mellékhatások egy része átmeneti és néhány hét alatt megszűnik, azonban vannak olyanok panaszok is, melyek tartósan fennállhatnak.

A mellékhatások lehetnek általánosak: pl. fejfájás, szédülés, émelygés, amelyek enyhe formában a legtöbb antidepresszívum esetében előfordulhatnak, de óvatos gyógyszerbeállítással elkerülhetők vagy minimalizálhatók. Más mellék-

hatások tekintetében pedig (pl. hízás, szexuális élet zavara, aluszékonyság) nagy különbségek lehetnek az egyes szerek között, és ez is fontos szempont, amikor az orvos eldönti, melyik szert választja a beteg kezeléséhez [13, 17, 18, 27].

Ha a beteg állapota 4-5 hét elteltével csak minimálisan, vagy egyáltalán nem javul (változatlan állapot vagy markáns romlás esetén még hamarabb), továbbá a látszólagos gyógyszer-rezisztenciát okozó tényezők kizárhatók [13, 18, 27], a következő lehetőségek közül lehet választani:

1. Egy másik (esetleg ugyanazon) hatástani csoportba tartozó antidepresszívumra való átváltás.
2. Az eddig alkalmazott antidepresszívum hatásának augmentációja lítiummal, pajzsmirigykészítményekkel, folsavval vagy pindolollal, esetleg részleges alvásmegvonással.
3. Az eddig alkalmazott antidepresszívum (esetleg kissé csökkentett dózisének) kombinációja egy más hatástani csoportba tartozó antidepresszívummal (pl. SSRI+SNRI vagy SSRI+kis dózisú tri/tetraciklusos szer, vagy SSRI+mianserin, esetleg SSRI+kettős hatású szer pl. bupropion vagy mirtazapin stb.).
4. Ha előbb nem történt meg, a kezdettől fogva alkalmazott szupportív pszichoterápia mellé speciális pszichoterápiás technikák bevezetése.
5. Ha a másodikként választott antidepresszívum RIMA készítmény (moclobemid), akkor az esetleges súlyos interakciók elkerülése végett az elsőként alkalmazott antidepresszívum kiürülésének idejét is figyelembe kell venni [13, 27].

**Terápiarezisztens depresszió (TRD) alatt a biológiai terápiára, de főleg a farmakoterápiára rezisztens depressziót értjük, vagyis, ha két, adekvát dózisú és időtartamú antidepresszív gyógyszerrel végzett kúra sikertelen volt, illetve a beteg állapota lényegesen nem javult (esetleg romlott).** Árnyaltabb megfogalmazás



HATÓANYAG	NAPI TERÁPIÁS DÓZIS (mg)	MELLÉKHATÁSOK						
		Antikolinerg	Gasztro- intesztinális	Szedáció	Insomnia- agitáció	Szexuális zavar	Ortosztatikus hipotónia	Szármottevő súlynövekedés
Tri/tetraciklikus antidepresszívumok								
Amitriptilin	75–300	+	-	+	-	+	+	+
Clomipramin	50–250	+	+	+	+	+	+	+
Dibenzepin	240–720	+	-	+	-	+	+	+
Imipramin	75–300	+	-	+	+	+	+	+
Maprotilin	75–150	+	-	+	-	+	+	+
Mianserin	30–90	+	-	+	-	-	+	+
SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) antidepresszívumok								
Citalopram	10–40*	-	+	-	+	+	-	-
Escitalopram	5–20**	-	+	-	+	+	-	-
Fluoxetin	20–60	-	+	-	+	+	-	-
Fluvoxamin	100–300	-	+	-	+	+	-	-
Paroxetin	20–60	+	+	-	-	+	-	+
Szertralín	50–200	-	+	-	+	+	-	-
SSRE (Selective Serotonin Reuptake Enhancer) antidepresszívum								
Tianeptin	25–50	-	+	-	+	-	-	-
SNRI (Selective Noradrenaline Reuptake Inhibitor) antidepresszívum								
Reboxetin	4–12	-	+	-	+	-	-	-
Kettős hatású antidepresszívumok (szerotonerg és noradrenerg hatásmechanizmussal)								
Duloxetin	60–120	-	+	-	+	+	-	-
Mirtazapin	30–45	-	-	+	-	-	+	+
Venlafaxin <sup>1</sup>	75–375	-	+	-	+	+	-	-
Kettős hatású antidepresszívumok (dopaminerg és noradrenerg hatásmechanizmussal)								
Bupropion	150–300	+	+	-	+	-	-	-

6. táblázat: A hazánkban forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező antidepresszívumok főbb jellemzői [27]



HATÓANYAG	NAPI TERÁPIÁS DÓZIS (mg)	MELLÉKHATÁSOK						
		Antikolinerg	Gasztro-intesztinális	Szedáció	Insomnia-agitáció	Szexuális zavar	Ortosztatikus hipotónia	Számottevő súlynövekedés
RIMA (Reversible Inhibitor of Monoamine oxydase A) antidepresszívum								
Moclobemid	300–600	-	+	-	+	-	-	-
Melatonerg antidepresszívum (melatonin 1 és 2 receptor agonista és 5-HT2c receptor antagonist)								
Agomelatin	25–50	-	+	-	-	-	-	-
SARI (Serotonin Antagonist and Reuptake Inhibitor) antidepresszívum								
Trazodon <sup>2</sup>	150–300 (600)	-	+	+	-	+	+	-
Multimodális antidepresszívum (Szerotonin visszavétel gátló és 5-HT receptor modulátor)								
Vortioxetin	5-20	-	+	-	-	-/+ <sup>3</sup>	-	-
NMDA receptor antagonist								
Esketamin	56-84/heti 2x	-	-	+	-	-	vérnyomás emelkedés	-

\* 40 mg/nap dózis felett ritkán QTc-megnyúlás jelentkezhet. Időseknél és csökkent májfunkció esetén a napi maximális dózis 20 mg.; \*\*: időseknél a napi maximális dózis: 10 mg.

<sup>1</sup> ritkán hipertónia

<sup>2</sup> ritkán priapizmus

<sup>3</sup> 5-15 mg dózistartományban placebohoz hasonló mértékben, 20 mg dózisonál gyakori

**Megjegyzés:** az antidepresszívumok mellékhatásainak részletesebb leírása az idézett szakirodalomban és az egyes készítmények aktuálisan érvényes alkalmazási előírataiban található. A készítmények rendelkezéséről a mindenkor érvényes rendelkezések, szabályozók a mérvadóak. A megadott dózistartománytól egyedi, indokolt esetekben el lehet/kell térni (lassú metabolizálók esetén „szubterápiás” dózisok is elegendőek lehetnek, gyors metabolizálókénál a maximális dózis túlléphető).

**6. táblázat:** A forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező antidepresszívumok főbb jellemzői (folytatás)

szerint TRD esetén a két antidepresszívumnak különböző hatástani csoportba kell tartoznia [13, 17, 18, 27].

A TRD fogalmának meghatározásakor az is lényeges kérdés, hogy mit tekintünk sikertelen kezelésnek: amennyiben a sikertelen kezelés alatt azt értjük, hogy a beteg nem érte el az adott készítménnyel a komplett remissziót (tünetmentességet), úgy a TRD-s betegek ará-

nya is lényegesen nagyobb. Nemzetközi tanulmányok szerint a gyógyszeresen kezelt betegek akár 29-46%-a részlegesen vagy teljesen non-reszpondernek tekinthető, de a nem kellően reagáló esetekben az augmentáció, kombináció vagy antidepresszívum váltás a betegek többségében mégis eredményes [17, 18, 27].

Az ilyen esetek kezelése során az első lépés a beteg pszichoszociális helyzetének, biológiai tényezőinek és szomatikus állapotának újraértékelése (beleértve a diagnózis esetleges revízióját is), ezzel együtt a farmakoterápia rezisztenciát eredményező tényezők kutatása [13, 17, 18, 27].

Az antidepresszív terápiára rezisztens depresszióknak számos oka lehet, gyakran két vagy több ok egyidejű fenállása, melyek közül a leggyakoribbak a következők [13, 17, 18, 27]:

1. az együttműködés hiánya vagy részleges együttműködés;
2. elégtelen dózis vagy túl rövid ideig tartó kezelés;
3. kezeletlen szomatikus komorbiditás, ioneltérések [magnézium, kalcium], hasnyálmirigy karcinóma, kezdődő demencia;
4. testi betegségek kezelésére használt gyógyszerek mellékhatása;
5. farmakogenetikai/genetikai ok: genetikailag meghatározott gyors metabolizmus
6. nem kezelt komorbid pszichiátriai betegség (alkoholizmus, drogbetegség, szorongásos kórképek, személyiségzavar);
7. folsavhiány, B12-vitaminhiány, kórosan alacsony ösztrogén-/tesztoszteronszint (40 év felett típusos);
8. enzimindukció (alkohol, karbamazepin, erős dohányzás, túlzott koffeinfogyasztás stb.);
9. valódi farmakoterápia-rezisztencia, amikor a beteg az adott szerre nem reagál, tehát más (típusú) antidepresszívumra van szüksége;
10. idős kor;
11. fel nem ismert bipoláris depresszió, illetve szubszindrómális bipolaritás

Amennyiben a depresszió a fenti tényezők eliminálása és korrigálása (szükség esetén megfelelő ideig alkalmazott és célzott, a depresszióban

hatékony pszichoterápia alkalmazása) után sem javul, a valódi terápiarezisztencia ténye megállapítható [17, 18, 27]. Ilyenkor többféle antidepresszívum kombinálása, ismételt augmentációs technikák (akár több szerrel is egy időben), és részleges alvásmegvonás együttes alkalmazása, célzott pszichoterápia ill. ECT, valamint a legújabb farmakoterápiás lehetőségek, mint pl. az esketamin alkalmazása javasolt [13, 17, 18, 27, 28]. Fontos annak leszögezése is, hogy a mindennapi gyakorlatban terápiarezisztensnek tartott depressziós betegek jelentős hányada valójában nem rezisztens, csak aktuálisan inadekvát kezelésben részesül [17, 18, 27].

### **A major depresszió felismerésében jelentős szerepe van az alapellátásnak, mivel a beteg sokszor háziorvosához fordul először panaszával.**

A képzett háziorvos az MDD diagnosztizálásával és a beteg megfelelő szakemberhez történő tovább küldésével jelentősen javíthatja a beteg életminőségét, ezáltal a beteg termelékenysége nőhet, így a társadalmi terhek csökkennek, nem mellesleg pedig csökkenthet a befejezett öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek száma [16].

A major depresszió kezelése általában antidepresszívumok alkalmazásából és pszichoterápiából áll. Bár a depressziós betegek 50-75%-a lényeges javulást mutat az első választott antidepresszívum után, azonban a remitterek (teljes tünetmentességet elérők) aránya ennél jóval kisebb, mintegy 35-45%. Annak ellenére, hogy hazánkban az antidepresszívumok forgalma az utóbbi 35 évben 13-szorosára nőtt, a major depressziós betegeknek továbbra is csak 40-45%-a áll gyógyszeres kezelés alatt [11, 13, 17, 18, 27].

A terápiarezisztens depressziós betegek már legalább két korábbi – megfelelő ideig és megfelelő dózisban adagolt – kezelésre nem reagáltak. Ugyanakkor a további gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiás alternatívák segítségével a terápiarezisztens major depressziós betegek döntő többsége sikeresen kezelhető lenne [13, 18, 27].

## 2.5. MAGYARORSZÁGI TERÁPIÁS GYAKORLAT, A MAJOR DEPRESSZIÓ ELLÁTÁSÁNAK KIHÍVÁSAI

Hazánkban a depressziós betegek felismerése és kezelése elsősorban az ambuláns vagy fekvőbeteg pszichiátriai szakellátásban történik, de az enyhébb eseteket illetően egyre nagyobb szerepet kap az alapellátás és a pszichiátriai magánpraxis is.

### 2.5.1. PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓK, SZAKRENDELŐK ÉS KÓRHÁZI PSZICHIÁTRIAI FEKVŐBETEG OSZTÁLYOK, MINT A MENTÁLIS BETEGEK ELLÁTÁSÁT VÉGZŐ INTÉZMÉNYEK

#### *Gondozóintézetek és szakrendelések*

A felnőtt pszichiátriai betegek ambuláns ellátását a 118, területi alapon szervezett pszichiátriai gondozó, és a 191 pszichiátriai szakrendelés végzi, utóbbiak többnyire kórházi osztályok mellett működő szakambulanciát jelentenek. Ezen ambuláns ellátási rendszerekben az éves betegforgalom kb. egymillió beteg és másfél millió megjelenés. A megjelentek kb. egyharmadát teszik ki a depressziós betegek. Az országban működő pszichiátriai magánrendeléseket is figyelembe véve az összes felírt antidepresszívum több mint háromnegyedét az állami fenntartású pszichiátriai gondozókban/szakrendeléseken írják fel, ami egyben azt is jelenti, hogy **ezen betegek közel 80 százalékát a pszichiátriai gondozókban/szakrendelésen kezelik.** A 118 pszichiátriai gondozóintézet területi ellátást végez, egy gondozóintézetre átlagosan 83.000 lakos jut, de jelentősek a kapacitásbeli és területi eltérések (Silling Tibor és Balczár Lajos, személyes közlés, 2021. január 26.).

Egy gondozóintézetben átlagosan 3,8 pszichiáter szakorvos dolgozik, a szélső értékek az el látandó terület nagyságától függően egy, illetve hat orvos. Egy pszichiáter szakorvos a hét első öt napján napi 6 órát rendel és rendelésén átlagosan napi 30 beteg jelenik meg. A lekötött

óraszámokból következtetve a gondozókban és szakrendeléseken 460 pszichiáter szakorvos dolgozik, de közülük jelentős azok száma, akik nyugdíjasok vagy akik ezt a kórházi munkájuk mellett másodállásban teszik. A fentiekén kívül az országban 24 gyermekpszichiátriai gondozó/szakrendelő is működik. **Érvényes rendelkezések értelmében a pszichiátriai gondozó háziorvosi vagy egyéb beutaló nélkül is fogadja a beteget, akiknek csak kis hányadát utalja be a fekvőbeteg pszichiátriai osztályokra. Többségük ambuláns gyógyszeres (és ha van mód rá, emellett alkalmazott pszichoterápiás) kezelésre pár hét alatt gyógyul és az utóbbi évtizedben egyre több az olyan beteg, akik még betegállományt sem igényelnek.** A kapacitásbeli és területi ellátási kötelezettséget illető aránytalanságok jelentősek, ezek csökkentése feltétlenül indokolt (Silling Tibor és Balczár Lajos, személyes közlés, 2021. január 26.).

#### *Pszichiátriai fekvőbetegosztályok*

A néhány pszichoterápiás, addiktológiai, gyermekpszichiátriai, gerontopszichiátriai és krízisintervenciós osztályt is beleértve, **az országban összesen több mint 50 pszichiátriai fekvőbetegosztály működik. Ezek közül 40 osztály végez akut, felvételes területi betegellátást,** amelyek vagy a négy orvostudományi egyetemen, mint egyetemi klinikák, vagy önkormányzati általános (megyei vagy városi) kórházakban, illetve szakintézetekben, szakkórházakban (Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Nyíró Gyula OPAI, Sántha Kálmán Pszichiátriai Szakkórház, Nagykálló) találhatók. A pszichiátriai ágyszámok funkciók szerinti megoszlása: akut 3.026, rehabilitációs 4.964, krónikus 809, összesen 8.797 ágy. Minden osztálynak megközelítőleg 40-60 százalékos megoszlásban vannak akut és rehabilitációs ágyai. **Az akut pszichiátriai osztályos betegfelvételek évi száma a 2011-ben regisztrált 71.398-ról 2019-re 47.854-re csökkent,** amely változásban szerepet játszhat az egyre javuló ambuláns betegellátás, és ebbe bele kell számítani a nem

## A DEPRESSZIÓ FELISMERÉSE ÉS KEZELÉSE AZ AMBULÁNS VAGY

### A FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁSBAN TÖRTÉNIK

#### AMBULÁNS SZAKELLÁTÁS:

**118 TERÜLETI ALAPON SZERVEZETT  
PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ**

**átlagosan 83.000  
lakos / intézet**



**191 PSZICHIÁTRIAI  
SZAKRENDELÉS**

**24 GYERMEKPSZICHIÁTRIAI  
GONDOZÓ/SZAKRENDELŐ**



**1/3**



Éves betegforgalom: kb. **1 millió beteg** és **1,5 millió megjelenés**,  
a megjelentek kb. **egyharmadát** teszik ki a depressziós betegek.

#### FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS:

**ORSZÁGOSAN >50 PSZICHIÁTRIAI  
FEKVŐBETEGOSZTÁLY**

melyből 40  
végez akut,  
felvételes területi  
betegellátást



**3.026 akut**

**40% akut**



**4.964 rehabilitációs**

**60% rehabilitációs**

**809 krónikus**

**Összesen 8.797 ágy**

ÉVENTE KÖZEL **50 EZER BETEGFELVÉTEL**

**A 2020. ÉVBEN A PSZICHIÁTRIA ORSZÁGOS HIÁNYSZAKMÁNAK MINŐSÜLT**



**500-600 pszichiáter szakorvos** és **40-45 gyermekpszichiáter** dolgozik  
országwide, **több mint 100 pszichiáter szakorvos** dolgozik külföldön.

#### MEGELŐZÉS, SZÚRÉS, KORAI FELISMERÉS:

**LELKI EGÉSZSÉG KÖZPONTOK (LEK)**

**93 LEK országosan**

- Közösségi szintű egészségfejlesztés
- prevenciós tevékenység
- képzések, lakossági kampányok
- preventív-integratív szemlélet: erősíti a szakemberek és segítők együttműködését



**MAGYAR LELKI ELSŐSEGÉLY  
TELEFONSZOLGÁLATOK SZÖVETSÉGE (LESZ)**

**100 - 120.000 hívás / év**

**19 szolgálat** **éjjel-nappal elérhető**

**350-400 ügyelő**

**8-10% öngyilkossági vagy  
egyéb súlyos krízishelyzet**



**S.O.S. LELKISEGÉLY SZOLGÁLAT**  
**116-123-as**  
**INGYENES TELEFONSZÁM**

csekély számú pszichiátriai magánrendelést is. Az évente történő közel 50 ezer felvétel a rehospitalizációk miatt kb. évi 40 ezer beteget jelent, közülük több mint egyharmad major depresszió vagy bipoláris betegség miatt kerül felvételre. A különböző átfedéseket és részidős állásokat is figyelembe véve a pszichiátriai fekvőbetegosztályokon, beleértve a pszichiátriai klinikákat is, a gondozói ellátásnál említettekén kívül további kb. 140-150 pszichiáter szakorvos dolgozik. A gondozókhoz hasonlóan a fekvőbetegosztályokon is gond az orvos, és főleg a középkáder hiány (Silling Tibor és Balczár Lajos, személyes közlés, 2021 január 26.).

**A depressziós betegek közül elsősorban a súlyos, szuicidális vagy az ambuláns kezeléssel együtt nem működő pácienseknél szükséges a többnyire néhány hétig tartó osztályos felvétel, de elbocsátás után az ilyen betegek döntő többségét a pszichiátriai gondozóintézetek, illetve szakrendelők kezelik, gondozzák tovább.**

Az osztályos kezelés gerincét major depresszió esetén az antidepresszív gyógyszerek jelentik, de lehetőség van egyéni vagy csoportos pszichoterápiás kezelésre és szükség esetén egyéb biológiai terápiák (alvásmegvonás, fényterápia, nagyon ritkán elektrokonvulzív kezelés) alkalmazására. A depressziós betegek döntő többségét ma már önkéntes kérelem vagy a beteg beleegyezése alapján veszik fel az osztályra, de súlyos és makacs szuicid krízis esetén ritkán még előfordul a beteg akarata ellenére történő felvétel. Ilyen esetekben, illetve, ha a beteg mozgása átmenetileg rövid időre fizikai vagy kémiai korlátozás alá esik, jogait intézményes jogi garanciák védik.

### ***Lelkisegély telefonszolgálat***

Bár a depressziós és öngyilkossági krízisben lévő páciensek ellátásában betöltött szerepét nehéz lemérni, a 116-123-as ingyenes telefonszámon hívható S.O.S. lelkisegély szolgálat az ezen személyeknek nyújtott professzionális segítség lényeges eleme. A Magyar Lelki Első-

segély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ) 1991 óta fogja össze az országban azonos minőségi feltételekkel 1970 óta működő szolgálatokat. A LESZ kötelékébe 2019-ben 19 szolgálat tartozott, ahol mintegy 350-400 ügyelő várja a hívásokat a nap 24 órájában. Ők elsősorban pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, pedagógus, mentálhigiénikus, lelkész foglalkozásúak. A telefonvonal végén szolgálatot teljesítő segítők (operátorok) speciálisan képzett egyének, akik több hónapig tartó elméleti és gyakorlati oktatás során sajátítják el azokat az ismereteket, amelyek feltétlenül szükségesek a telefonos elsősegély szolgálat szempontjából. Az ügyelet ellátásnak tehát nem a szakirányú végzettség, hanem az egyes szolgálatok által tartott képzés (amely 80-120 önismereti órát is tartalmaz) a feltétele. Így a hívásokat minden esetben kiképzett, felkészült ügyelők fogadják, akiket közel 30 szupervizor is segít munkájukban.

A szolgálat a hívó anonimitásának biztosításával kezeli a problémákat és lehetőséget ad minden embernek, hogy kétségbeesésben, öngyilkosság veszélyben azonnal kapcsolatot találjon egy másik emberrel, aki kész őt meghallgatni és alkalmas arra, hogy vele az aktuális problémáin átsegítő beszélgetést folytasson. **A szolgálat fontos szerepet játszik a lelki vagy akár öngyilkossági krízisben lévők segítségével, megfelelő szakemberhez vagy ellátóhelyre való irányításában. Az évi hívások száma 100 és 120 ezer között változik és növekvő tendenciát mutat; 8-10 százalékuk öngyilkossági vagy egyéb súlyos krízishelyzet miatt történik. A szolgálat közvetett módon ugyan, de nagyban segíti az akut pszichiátriai betegellátást.**

A LESZ a szolgáltatásait részben állami keretből, részben a helyi fenntartók és magánszemélyek adakozásaiból finanszírozza, ami csak a fenntartásra elég (a hívók telefonköltségét is a LESZ fizeti) – az ügyelők munkájukat kizárólag önkéntes alapon, ellenszolgáltatás nélkül végzik (Székely András, Silling Tibor és Balczár Lajos, személyes közlés, 2021 január 26.).

### Szakértői vélemények a hazai depresszió ellátás helyzetéről

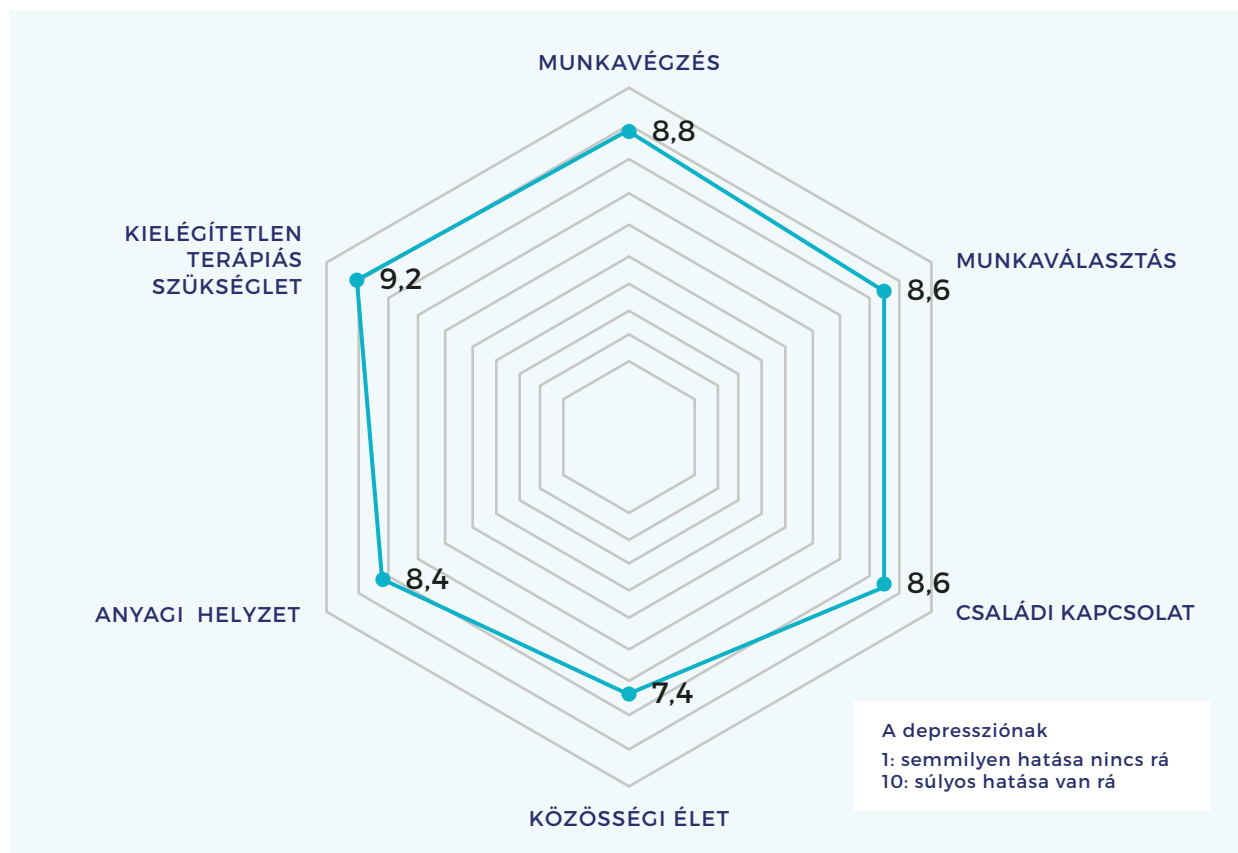
A hazai major depresszió-ellátás felmérése érdekében a szakirodalom-kutatás mellett több klinikai és nem klinikai szakértővel (pszichiáter szakorvosok, háziorvos, pszichológus, betegszervezeti képviselő és alapítványi vezető) folytattunk diszkusziót a magyarországi terápiás gyakorlat és általános ellátási helyzetkép teljes körű felmérése érdekében. Az interjúkat 2020 augusztusa és októbere között végeztük.

Általános vélekedés szerint a súlyos fokú major depresszió jelentős negatív hatást fejt ki a betegek életének szinte minden területére, beleértve a munkavégzést és munkaválasztást, a családi és közösségi kapcsolataikat, illetve az anyagi terhet. Az interjúalanyok egy 10 pontos skálán osztályozták (1-semmilyen hatása nincs;

10-súlyos hatása van) a feltárt problémákat, amelyeket a 8. ábrán összegeztünk.

A pontozások összesítése alapján jól látszik, hogy a súlyos major depresszió a betegek életminőségét jelentősen befolyásolja és kihatással van a mindennapi életvitelükre is. A betegség életminőséget befolyásoló hatását leginkább a betegektől származó idézetekkel lehet érzékeltetni: [29]

*„Reggel már nem tudok felkelni. Alszom, mint egy mormota. Az utóbbi időben csak összekavarintottam az ebédet, utána megint elaludtam. Ez a legutóbbi kórházba menet után volt. Mindenféle elhanyagolást véghez viszek, hogy a mosogatnivaló ráér, ma nem fürdök, ráér, a hajmosás ráér, halogatok dolgokat. Nehezemre esnek dolgok.”*



8. ábra: A major depresszió leghangsúlyosabb hatásai (15 interjúalany)



„Vannak túlévések. Maradt, mert mindennap neki akarok kezdeni, hogy kevesebbet eszem, és másként, aztán 2 nap múlva nem bírom, és jön a roham. Próbálkozom, de jön a roham.”

„Nagyon rossz. Nehéz felkelni, elindulni bárhova. Iszonyatosan erőt kell venni magamon pl., hogy takarítsak, ami nem volt korábban probléma, most meg mindenhol porcicák vannak. Külön tortúra elmenni bevásárolni.”

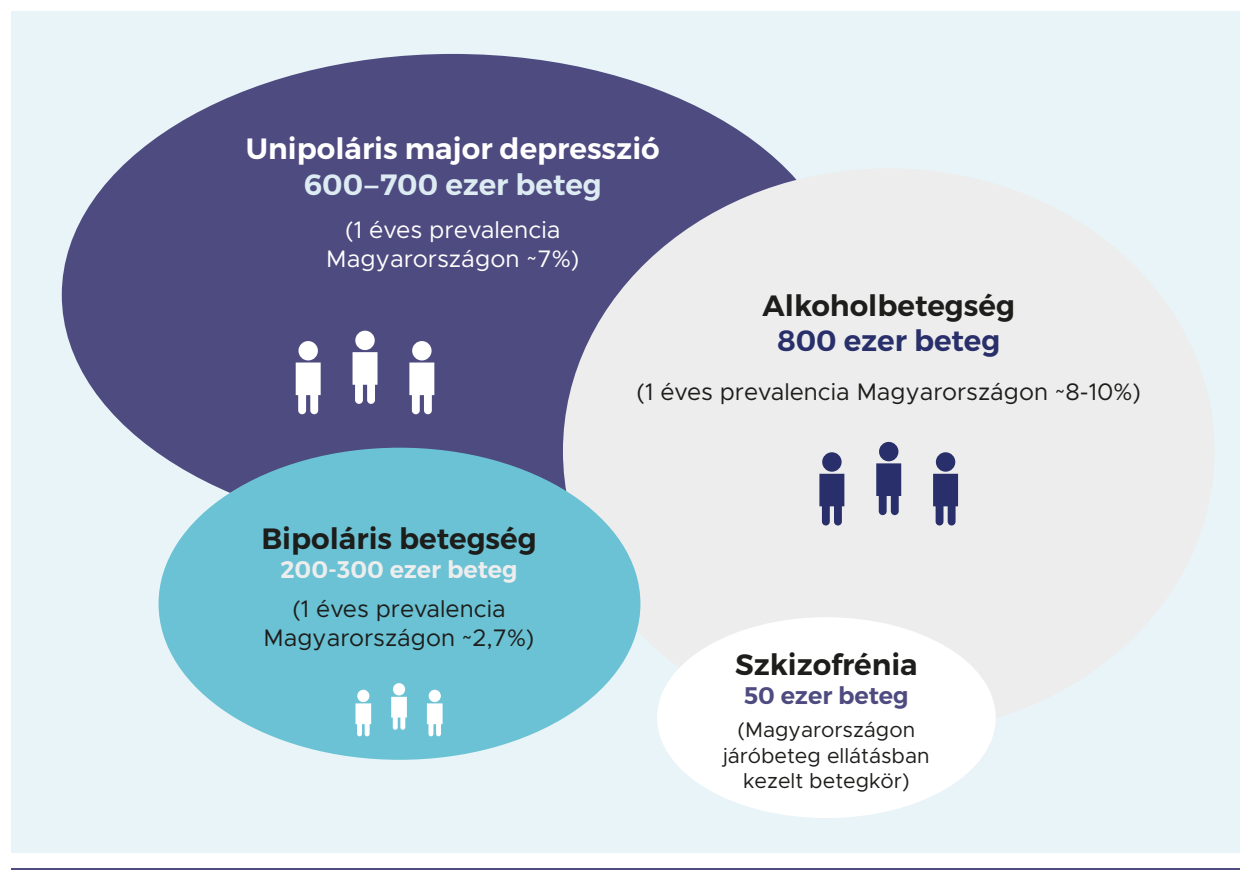
„Szerintem magamon alul teljesítek a munkában, meg elég dekoncentrált vagyok, de elmegyek, mert azzal is társaságban vagyok, legalább kizökkent valamennyire.”

A következőkben összegezzük a hazai szakirodalmi és klinikai szakértői meglátások alapján megfogalmazható, a betegcsoportra és az egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó főbb jellemzőket.

## 2.5.2. A PREVALENS BETEGKÖR NAGYSÁGA ÉS A MEGFIGYELHETŐ BETEGUTAK

I. A hazai prevalens betegkört (1 éves prevalencia) a klinikai szakértők becslése alapján – a hazai és nemzetközi publikációkkal összhangban – **a lakosság 7%-a teszi ki, ami megközelítőleg 600-700 ezer főt jelent** [2]. A 9. ábrán mutatjuk be egyes pszichiátriai betegségek epidemiológiai adatait. A terápiarezisztens betegpopuláció az összes (kezelés alatt álló) depressziós beteg 8-10%-ára tehető. Kimutatható továbbá, hogy nőknél 2-3-szor gyakoribb a major depresszió, mint a férfiak körében, azonban a befejezett öngyilkosságok tekintetében jelentős férfi „túlsúly” figyelhető meg.

II. A hazai társadalomban jelentős mértékű a **mentális betegségek – köztük a major depresszió – stigmatizálása**. Ez a stigmatizálás meg-



9. ábra: Pszichiátriai betegségek hazai epidemiológiai adatai - 1 éves prevalenciák

figyelhető mind a laikus populációban, mind a betegek hozzátartozói, barátai és munkatársai körében, továbbá az orvostársadalomban is (más orvosszakmák körében). A társadalmi stigmatizálás következtében a betegek ellátása számos módon sérül, és életminőségük jelentősen csökken:

**a. A fokozott társadalmi stigma miatt a betegek jelentős része egyáltalán nem fordul orvoshoz panaszával, mivel fél a negatív társadalmi következményektől** (megbélyegzés, rosszindulatú pletykák stb.) A megkérdezett hazai szakértők állítása szerint hazánkban – a nemzetközi trendekkel összhangban – maximum a betegek 40-50%-a áll kezelés alatt.

**b. A betegek gyakran nem kapják meg a szükséges támogatást hozzátartozóiktól és barátaitól, sőt sok esetben betegségüket egyáltalán nem veszik komolyan és nem fogadják el súlyos betegségként.** Ebből kifolyólag a súlyos betegek körében sok esetben megfigyelhető családi problémák, válások, a baráti és szociális kapcsolatok leépülése és teljes elszigetelődés kialakulása. A betegek mélyinterjúk során gyakran számoltak be eleve diszfunkciókkal terhelt családi háttérrel, amely megelőzte az első depressziós epizódot [29].

**c. Az MDD-s betegek a gyakori munkahelyi hiányzásból fakadóan sokszor nem kapnak megfelelő támogatást munkahelyükön,** ami sok esetben produktivitás-csökkenéshez és akár tartós munkanélküliséghez is vezet. A betegek egyfajta dualitást is megélhetnek: ha sikerélményük van a munkahelyen, az javítja az állapotukat, még ha életük többi része szürkességbe is fullad, ezért kiemelt fontosságot tulajdonítanak munkahelyük megőrzésének [29].

**d. Sok esetben az orvos-társszakmák nem ismerik fel a beteg major depresszióját.** Megfigyelhető jelenség, hogy a betegeket (főleg a testi panaszokkal járó depresszió esetén) sokszor orvostól orvosig küldik és valamilyen testi

betegséget igyekeznek diagnosztizálni a major depressziójuk helyett. Számos esetben a beteg levertségét, rossz hangulatát a depresszió helyett más problémához társítják (pl. súlyos megbetegedés vagy gyászfolyamat), amiből kifolyólag ezen betegeket nem diagnosztizálják major depresszióval.

**III. Szakértők véleménye szerint nem lehet hazánkban standard betegutat definiálni,** ezt tükrözi a 10. ábrán bemutatott kérdőíves adatfelvétel eredménye is. [29, 30].

A betegutakkal kapcsolatos észrevételeket az alábbiakban foglaljuk össze, amelyeket összegzően megjelentünk a 11. ábrán is.

**a. Egyes major depressziós betegek az előzőekben említett rendkívül jelentős társadalmi stigmatizáció okán egyáltalán nem lépnek be a hazai egészségügyi ellátórendszerbe.**

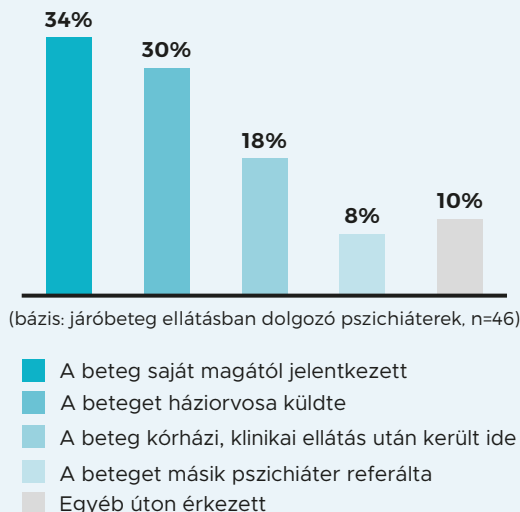
**b. A tüneteikkel orvoshoz forduló betegek egy része a háziorvosát keresi fel először.** A háziorvos, amennyiben felismeri a depressziót és nem küldi tovább a beteget valamilyen testi betegség kivizsgálására (pl. belgyógyászat), vagy egy antidepresszívum felírásával kezdi meg a terápiát (enyhébb depresszió esetében) vagy továbbbírányítja a beteget a területileg illetékes pszichiátriai szakrendelésre (ami a nem tisztázott betegutak és felelősségi körök okán számos esetben problémába ütközik).

A szakmai visszajelzések alapján a háziorvosok korlátozott felírási jogköre a kezelési opciókat az alapellátás szintjén indokolatlanul szűkíti. Jellemző továbbá, hogy a háziorvosok által a magasabb progresszivitási szintre továbbküldött betegek számos esetben „kiesnek” az ellátórendszerből, a stigmatizáció és/vagy a hosszabb várakozási idő, illetve a nem minőségi ellátás okán.

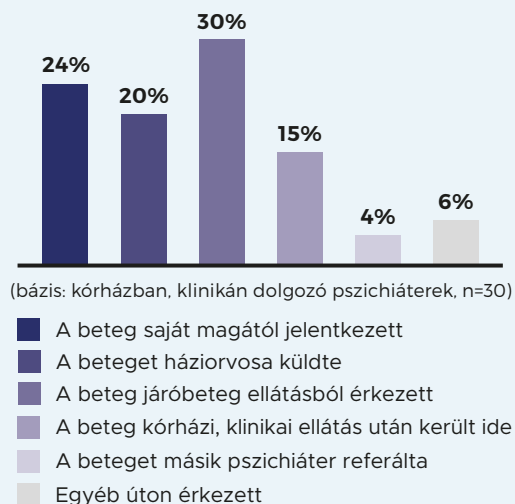


## HONNAN ÉRKEZTEK A MAJOR DEPRESSZIÓS BETEGEK, AKIKET...

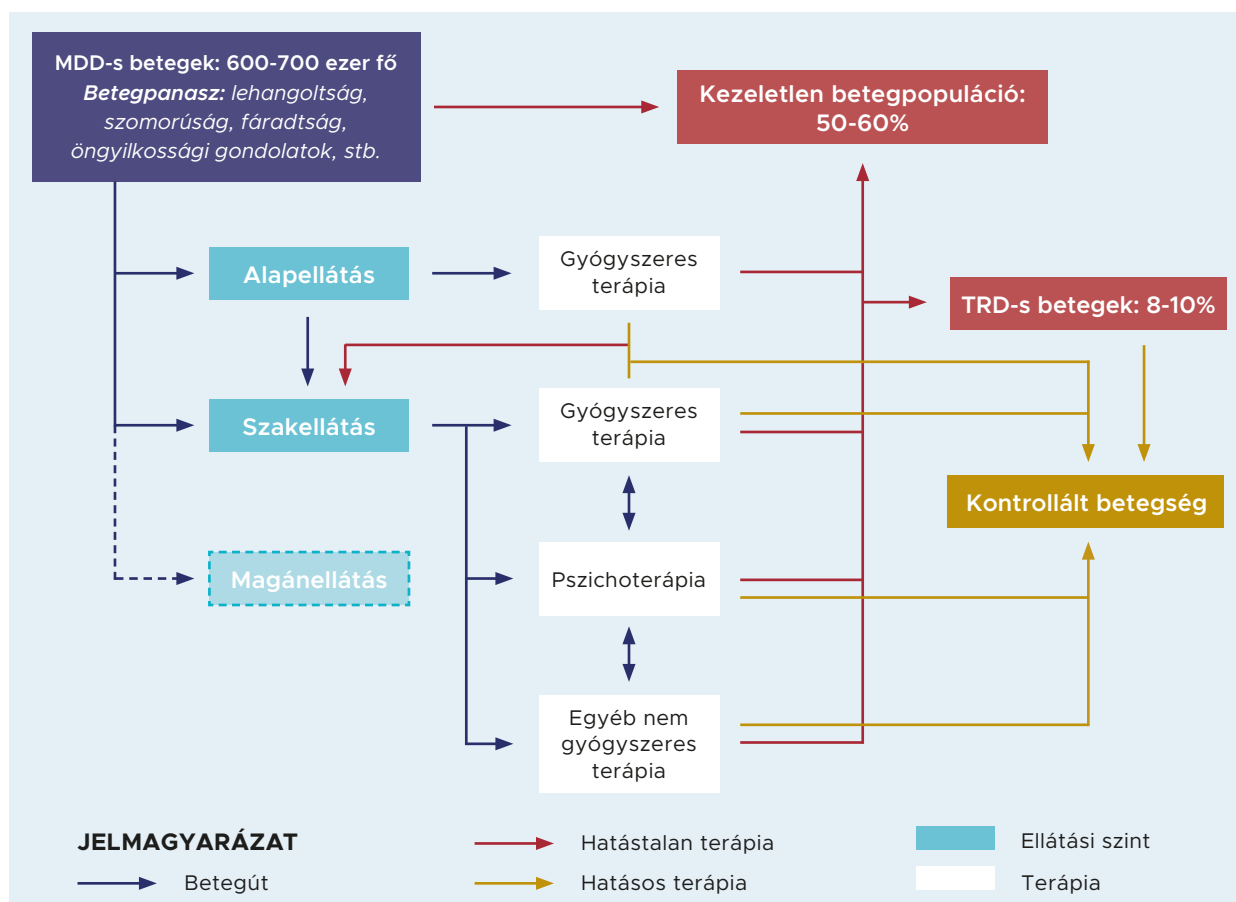
... JÁRÓBETEG PSZICHIÁTRIAI SZAKRENDELÉSEN LÁTNAK EL:



... KÓRHÁZBAN, KLINIKÁN LÁTNAK EL:



10. ábra: Megfigyelt betegutak összegzése



11. ábra: A major depresszió kezelésében azonosított betegutak

**c. A betegek azon csoportja, akik tájékoztatottabbak a depresszióval kapcsolatban (pl. hozzátartozójuk vagy barátjuk is érintett) rögtön pszichiátriai szakrendelésen jelentkeznek panaszaikkal.** A pszichiáter szakorvos az MDD diagnosztizálását követően gyógyszeres vagy pszichoterápiás vagy egyéb nem gyógyszeres kezelést, illetve ezek kombinációját kezdi meg. Az éves orvos-beteg találkozás – visszajelzések alapján – csupán 2-3 alkalomra korlátozódik, így ennek következtében a betegek jelentős hányada kiesik az ellátásból, folyamatos kontroll hiányában. További probléma, hogy a szakmailag indokolt pszichoterápiás ülések finanszírozása rendkívül alacsony, így az ellátás szakellátási szinten is szuboptimális (ahol az esetek többségét kezelni lehetne; a depresszió ellátása jellemzően ambuláns ellátás keretében megvalósítható). A nem gyógyszeres kezelések köre (pl. fényterápia vagy alvásmegvonás) az utóbbi évtizedekben jelentősen csökkent, mivel ezeket a terápiákat speciális intézményekben lehet csak alkalmazni, illetve a finanszírozásuk sem megoldott (ezen beavatkozásoknak nincs saját OENO kódjuk), pedig ezen eljárások sok gyógyszerrezisztens betegnek segíthetnének.

**d. A magánegészségügyi ellátás szerepe is egyre nagyobb az ellátásban, előfordul, hogy a betegek akár első panaszaikkal rögtön a magánpszichiáterhez fordulnak,** tekintve, hogy a magánellátásban történő részvételt kevésbé tartják stigmatizálónak. A kérdőíves kutatásban résztvevő pszichiáterek 29%-a mind állami, mind magán-

ellátásban foglalkozik major depressziós betegekkel, és további 13% kizárólag magánpraxisban kezeli ezt a betegpopulációt.

**e.** Megfigyelhető jelenség továbbá, hogy a fent részletezett nem-optimális betegutak következtében a betegek követése is nehézkes; sok beteg elvesz a hazai ellátás „útvesztőjében”, így major depressziója kezeletlen marad.

### 2.5.3. A HAZAI ELLÁTÓRENDSZERREL KAPCSOLATOS FŐBB MEGJEGYZÉSEK

Az alábbiakban az elvégzett szakmai diskussziók alapján összegezzük a hazai ellátórendszerben tapasztalható szűk keresztmetszeteket:

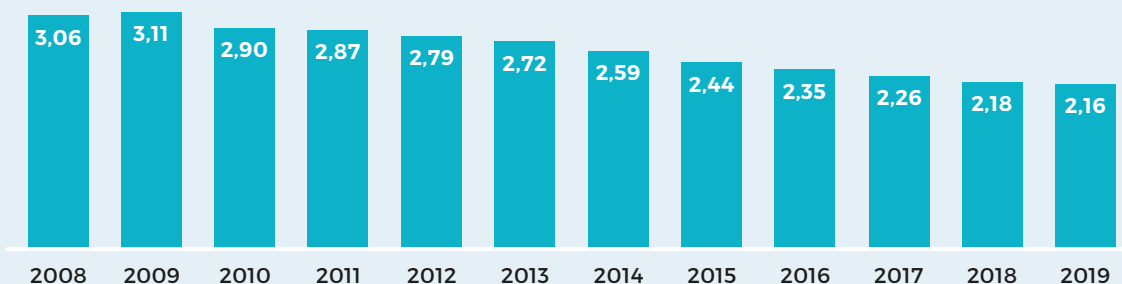
**I. A megkérdezett szakértők véleménye szerint az ellátással kapcsolatos kapacitások terén egyértelműen szűk keresztmetszetet jelent az állami ellátórendszerben rendelkezésre álló pszichiáterek, szakdolgozók, klinikai szakpszichológusok és szakasszisztensek száma.**

- A megkérdezett szakértők szerint mindösszesen 500-600 pszichiáter szakorvos dolgozik országszerte, valamint 40-45 gyermekpszichiáter. Mindemellett az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ adatai szerint [31] 2015-ben pszichiátriai szakvizsgával ennél több orvos rendelkezett, amely alapján valószínűsíthető, hogy a pszichiáter szakorvosok egy része főállásban más szakterületen (leggyakrabban

ÁTLAGOS DOLGOZÓI LÉTSZÁM*				
	N	Pszichiáter	Pszichiátriai ápoló	Általános ápoló
Kórház, klinika	36	10	17	17
Járóbeteg rendelő	46	4	4	1
Magán praxis	30	1	1	2
Egyéb ellátóhely	7	1	2	4

7. táblázat: Átlagos dolgozói létszám a különböző ellátóhelyeken, \* az átlag 0-t is tartalmaz [30]

#### EGY ÓRÁRA JUTÓ ESETEK ÁTLAGOS SZÁMA 2008-2019 KÖZÖTT



12. ábra: Egy órára jutó esetek átlagos száma 2008-2019 között (pszichiátriai ellátás, 1800 szakmakód)

neurológia), esetleg csak magánpraxisban tevékenykedik vagy csupán fenntartja a működési engedélyét a pszichiátria területén, illetve csak részdíós állásban dolgozik az állami ellátásban. Mindezekben túl jelenleg több mint száz pszichiáter szakorvos dolgozik tartósan külföldön, főleg a skandináv országokban vagy az Egyesült Királyságban és csupán néhány tucat lehet azon pszichiáterek száma, akik csak magánpraxisban dolgoznak. A 162/2015. (VI. 30) Korm. rendelet 17. § (4) bekezdése alapján

**a 2020. évben a hiányszakmák körének meghatározásakor a pszichiátria országos hiányszakmának minősült.**

- Egy 2019-ben végzett kérdőíves adatfelvétel (Hungarian Psychiatrist Survey) a megkérdezett szakértők létszámbecslését megerősíti, ez látható a 7. összefoglaló táblázatban [29, 30].
- Számos beteg számára a magánpszichiátriai rendelők költségükből fakadóan elérhetetlenek, de a súlyos, szuicidális depressziós betegeket a gondozóintézet vagy a pszichiátriai fekvőbeteg osztály azonnal fogadja.

**II. A rendelkezésre álló szakmaspecifikus infrastrukturális kapacitások és szakorvosi órák nagyságrendje sem elegendő a felmerülő be-**

**tegigények teljes körű ellátására**, a szakorvosok rendelkezésére álló teljesítmény-volumen (TVK) és szakorvosi óraszám csak részben ad lehetőséget a megfelelő ellátására (TVK és betegek fordítható rendelési idő egyértelmű ellátási korlát);

**III.** A pszichiátriai ellátás szakmaspecifikus időigényéből fakadóan egy szakorvosi órában mindösszesen 2-3 beteg ellátása történhet meg, ez azonban finanszírozási oldalról a szakrendelés/ambulancia korlátozott „bevételestermelő képességét”, alacsony fedezetét eredményezi.

**IV. A pszichoterápiás ülések széles körben alkalmazott és szakmailag elfogadott nem gyógyszeres kezelésnek minősülnek a major depresszió ellátásában. Az ülések rendkívül alulfinanszírozottak, költségükből a szakaszszisztemre jutó bér sem fedezhető megfelelően.**

2019. évben végzett kutatás (MDD Patient Qualitative Interviews [29]) során felvett beteginterjúkban arról számoltak be a terápiarezisztens major depressziótól szenvedők, hogy egyéni terápián csupán néhány alkalommal vehettek részt, általában hetente egyszer, pedig hasznosnak találták. Ha lenne lehetőségük és kezelőorvosuk irányítaná őket e felé, szívesen élnének újra a lehetőséggel. A csoportos terápiákkal kapcsolatban nagyobb volt a kezdeti tartózkodás, de az összességében pozitív hospitalizációs élményeknek része volt.

#### 2.5.4. A MAJOR DEPRESSZIÓ FŐBB EGYÉNI, TÁRSADALMI ÉS GAZDASÁGI TERHEI

Az elvégzett interjúk alapján a major depresszió főbb egyéni, társadalmi és gazdasági terheit az alábbiakban összegezzük:

##### I. A major depresszió súlyos egyéni és társadalmi terheket ró a betegekre.

- A súlyos MDD-s betegek életminősége rendkívüli módon romlik, munkakedvük és -képességük gyakorlatilag megszűnhet (a beteg otthonában fekszik, nem dolgozik, illetve a családban betöltött szerepét sem képes ellátni). Csökkent produktivitásuk következtében gyakran munkanélküliekké válnak.
- A beteg viszonya gyakran megromlik családjával és hozzátartozóival, sok esetben separáció vagy válás következik be a betegség következményeként.
- A család egészének működése is gyakran diszfunkcionálissá válik.
- A beteg szociális hálója beszűkül, baráti körét elveszíti, magára marad.

##### II. A major depresszió számos komorbiditással jár együtt:

- A leggyakoribb komorbid betegségek az egyéb mentális zavarok, mint pl. a szorongásos zavarok, más depresszív zavarok.
- A betegek jelentős részénél a depresszió tüneteként fennállnak alvás- és/vagy evészavarok is. Az alvászavar következtében a betegek nem tudják megfelelően kipihenni magukat, így fáradékonyak és aluszékonyak lesznek nappal, illetve az evészavarok következtében a beteg elhízhat, ami cukorbetegség kialakulásához vezethet.

- Sok beteg esetében társul a depresszió másodlagos alkoholbetegséggel. Az alkoholizmus hatására a beteg munkaképessége tovább csökken, tartós munkanélküliség alakulhat ki, illetve a beteg és családtagjai közötti kapcsolat is tovább romlik.

- Sok beteg küzd a depressziója mellett kardiovaszkuláris betegséggel is, mint magas vérnyomás betegség vagy szívinfarktus.

- Egy nemrégiben végzett hazai kutatás száz-ezer major depressziós beteg adatait elemezte. Ezen vizsgálat megerősítette, hogy a terápiarezisztens betegek esetében a komorbiditások köre széleskörűbb, mint a nem terápiarezisztens társaik esetében (pl. a neurotikus, stresszel kapcsolatos és szomatiform rendellenességek közel másfélszer gyakoribbak) [20].

**III. A depressziós betegek körében kiemelkedően magas az öngyilkossági cselekmények száma, amelynek jelentős hányada befejezett öngyilkosság.** A kezelésben nem részesülő súlyos major depressziós és bipoláris betegek 15-19 %-a öngyilkosságban hal meg. A terápiarezisztens betegek esetében még súlyosabb a helyzet: az öngyilkossági kísérletek előfordulása 7-szer nagyobb a nem terápiarezisztens major depressziós betegekhez viszonyítva [7, 11, 22, 23, 32].

- Az öngyilkossági kísérleten átesett betegek tartós orvosi kezelést és kórházi ellátást igényelnek.
- A befejezett öngyilkosságok a betegek hozzátartozói számára sok esetben feldolgozhatatlanok és súlyos mentális betegséghez vagy alkoholizmushoz vezethetnek, a teljes társadalom számára pedig jelentős nagyságú szociális terhet jelentenek.

**IV. Az MDD anyagi terhein belül az indirekt költségek sokkal jelentősebbek, mint a direkt költségek.**

- A direkt költségek (a depresszió kezelésének ára) között szerepelnek a terápiás költségek az ellátórendszer különböző szintjein. Mivel azonban a betegeknek csak 40-50%-a részesül terápiában, illetve a gyógyszeres kezelés költsége relatíve alacsony, így a teljes direkt költség sem kimondottan jelentős [1].
- Az indirekt költségek (a kezeletlen depresszió okozta kár) lényegesen nagyobbak a depresszió kezelési költségeinél. Ezek között a legjelentősebb a produktivitáscsökkenés, amely a depresszió következtében kiesett munkanapokhoz, illetve ledolgozott, de csökkent hatékonyságú munkanapokhoz vezet. Ennek részletezését a tanulmány 4.2 fejezetében bemutatjuk.

## 2.6. A DEPRESSZIÓ EGYÉNI ÉS TÁRSADALMI TERHE, KÍSÉRŐBETEGSÉGEINEK ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL ÖSSZEFÜGGŐ KAPCSOLATÁNAK BEMUTATÁSA

A major depresszió hatásait tekintve a betegség terhe súlyosabb lehet, mint más nagy betegsámmú krónikus betegségé. Egy, a depresszió hosszútávú hatásait vizsgáló tanulmány összehasonlította a depressziós betegek életminőségét a diabetes mellitus-szal, magas vérnyomás betegséggel, koszorúér-betegséggel, ízületi gyulladással, illetve tüdő- és gyomor-bélrendszeri betegségekkel kezelt betegek életminőségével. A tanulmány eredményei egyértelműen kimutatták, hogy **a depresszióhoz nagyobb fizikai és társadalmi terhek, rosszabb életminőség, több munkahelyi, illetve iskolai hiányzás, kevesebb fájdalommentes nap, magasabb kezelési költség és rosszabb közérzet társul, mint más krónikus betegségek esetében** [33].

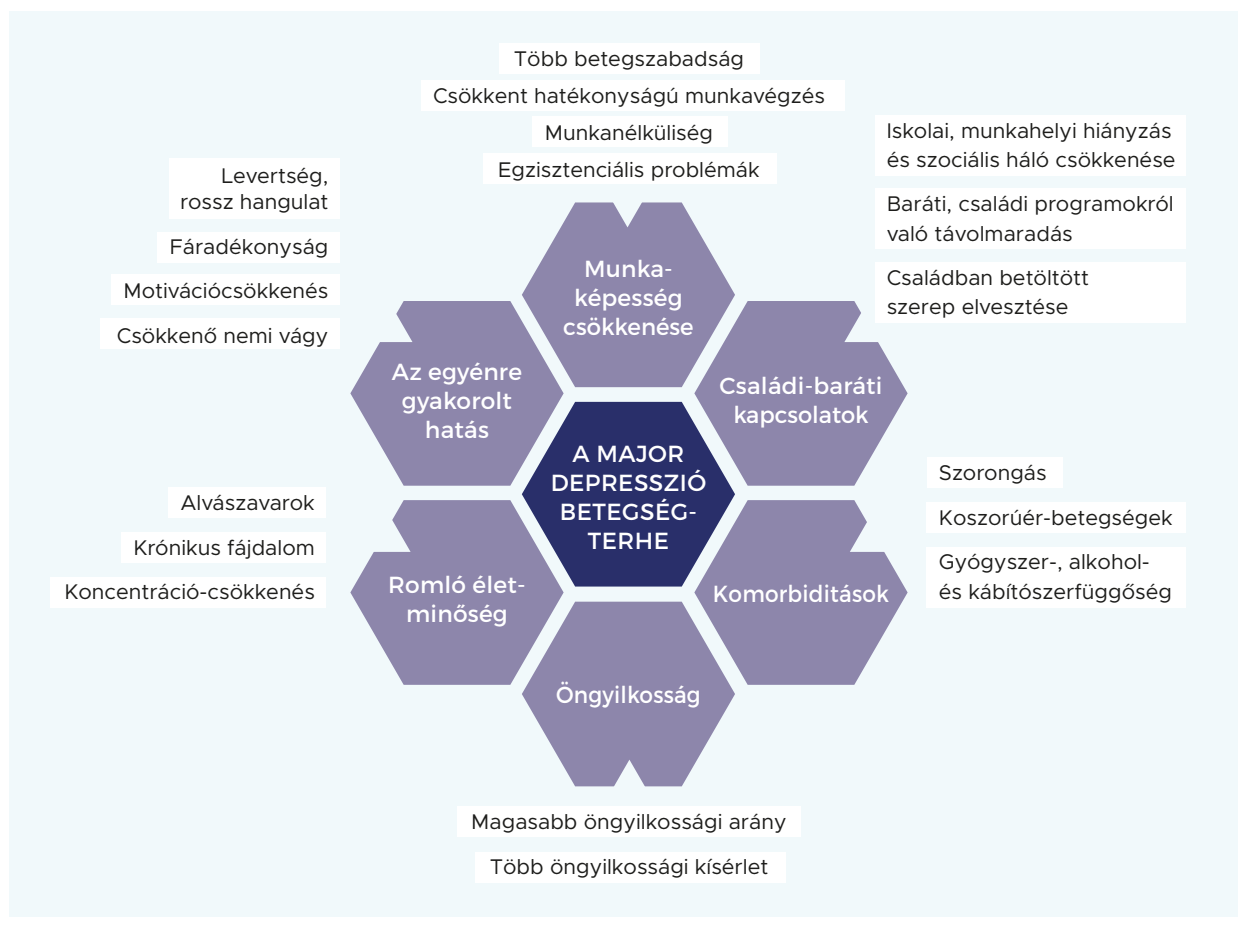
A 13. ábrán összefoglaltuk az MDD általános betegségterheit.

### 2.6.1. AZ ÉLETMINŐSÉGRE GYAKOROLT TEHER

A depresszió nagymértékben terheli az egyént, a családját, szűkebb, illetve tágabb szociális környezetét, továbbá az érintett széles körű betegpopuláción keresztül az egész társadalmat.

**A fejlett országokban manapság a depresszió a leggyakoribb oka a munkahelyi hiányzásoknak, valamint a munkahelyi teljesítmény csökkenésben is szerepet játszik.** Emellett a depresszióval élő betegek fogékonyabbak lehetnek más krónikus betegségekre is (pl. magas vérnyomás, diabetes, daganatok), így az egészségügyi ellátórendszer számára az alapbetegség kezelésén túl addicionális terhet is jelent a betegség [34].

**A legfőbb veszély a kezeletlen vagy a terápiára nem megfelelően reagáló betegeket fenyegeti.**



**13. ábra:** Az MDD általános betegségterhe

A kezeletlen depresszió egy jellegzetes lefelé menő spirált eredményezhet, amelyből a beteg segítség nélkül képtelen „kimászni”; a spirál „végén” a rokkantság, az önellátási képtelenség és akár az öngyilkosság is bekövetkezhet. A tartós, kezeletlen depresszió továbbá a teljesítmény és munkaképesség csökkenéséhez vezet, és később valóban létező testi, fizikai tüneteket is előidézhet [17].

A Világbank felkérésére a Harvard Egyetem munkatársai által végzett felmérés szerint az unipoláris major depresszió 1990-ben a világon a negyedik leggyakoribb okként eredményezett munkaképtelenséget; a 2020-ra szóló előrejelzések szerint az iszkémiás szívbetegség mögött a második helyet foglalja majd el [6, 13].

A major depresszió életminőségre gyakorolt hatásával kapcsolatos legfrissebb tanulmányok bebizonyították, hogy a depressziós betegek esetében bizonyos funkcionális hiányoznak (interperszonális, pszichológiai és akár fizikai funkcionálisok), amelyet csak részben magyaráz a depressziós tünetek intenzitásának változása. Ezenkívül tanulmányok következetesen kimutatták, hogy a major depressziós betegek jelentős hiányosságoktól szenvednek a társadalmi funkcionális számos területén (például szabadidő, munka, interperszonális kapcsolatok, egészségi állapot és tudományos teljesítmény) az egészséges kontrollcsoportokkal összehasonlítva [33-35].

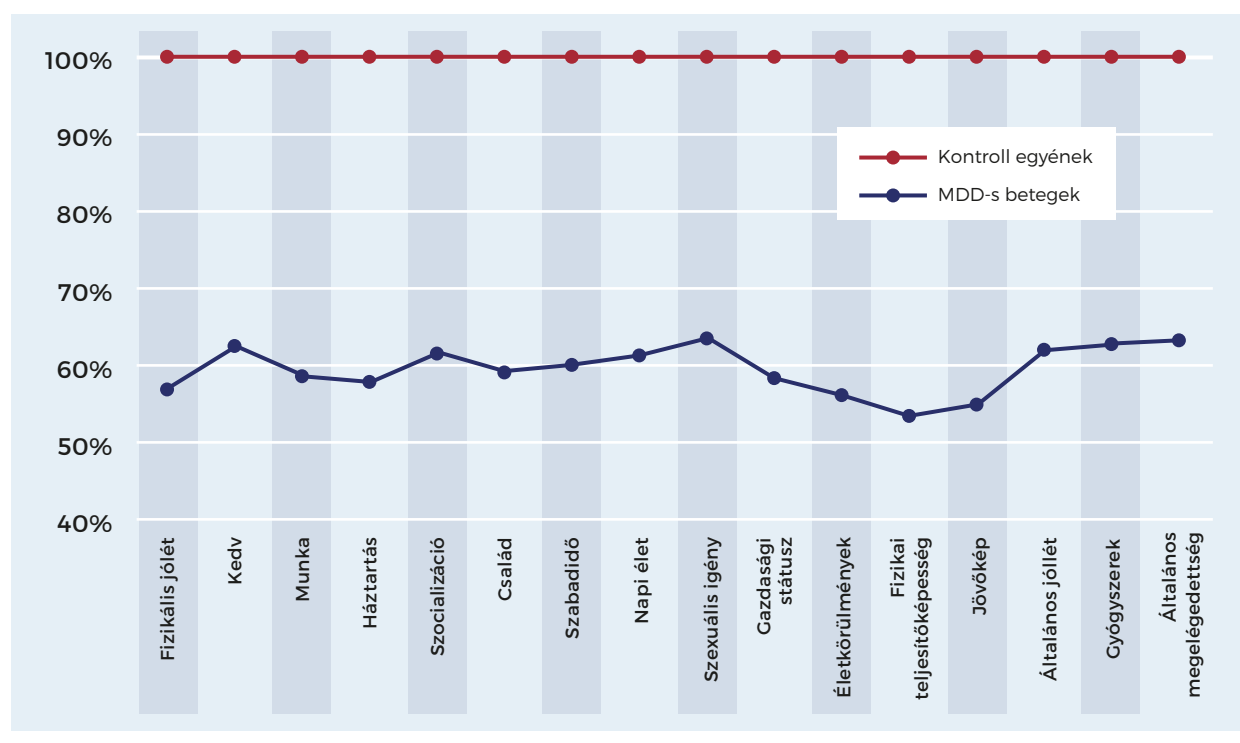
A depresszióban szenvedő egyének életminősége számos módon sérül az egészséges egyénekhez képest. Major depresszióban szenvedők esetében nagyobb az egyedül élők aránya, egy másik tanulmány szerint a depresszióban szenvedőknek általában nehézségeik vannak a munkahely megszerzésében és megtartásában, valamint a major depresszióval küzdők egzisztenciálisan sokkal sérülékenyebbek. Bizonyítékok vannak arra is, hogy a depresszióhoz társadalmi diszfunkciók társulnak mind a társadalmi környezettel való kölcsönhatás során (kisebb szociális-baráti kör), mind a társadalmi szerepek teljesítése során (sérül a családban betöltött szerep). Továbbá a depressziós betegek rosszabb szubjektív életminőséget érzékelnek, mint az egészséges kontrollok [35].

Egy 3.000 pszichiátriai beteg kérdőíves megkérdezésével készült tanulmány felmérte a betegek életminőségét. A betegek között MDD-s és szorongásos zavarral küzdő betegek is voltak. A tanulmány eredményei alapján az MDD-s

betegek 63%-a számolt be súlyos életminőség-romlásról és mindössze 8%-uk rendelkezett normál életminőséggel [36].

A 14. ábrán jól látszik, hogy az MDD-s betegek a normál kontrollcsoportéhoz viszonyítva (ahol a kontrollcsoportéhoz képest határoztuk meg az MDD-s betegek életminőségét) mind a 16 vizsgált területen jelentősen rosszabbul szerepeltek.

Általánosságban elmondható, hogy az MDD-s betegek a kontrollcsoportéhoz viszonyítva az egyes területeken mindössze 50-60%-os életminőséggel rendelkeztek. Az összehasonlításban a betegek a jövőképüket, valamint a fizikai teljesítőképességüket értékelték a legnegatívabban. Legkevesbé érintett terület a szexuális igény volt, de az is mindössze a normál kontroll 65%-ára volt tehető. A felmérés alapján jól látható, hogy az MDD-s betegek életminősége súlyosan károsodik a betegségük hatására mind egyéni, mind családi-baráti, mind teljes társadalmi szinten.



14. ábra: MDD-s betegek életminősége a normál kontrollhoz viszonyítva [36]



A depressziós beteg életminőségére számos módon kihat a betegsége [13, 14, 24, 35-41]:

**I. A betegek életminőségére a fáradtság igen kifejezett negatív hatással van,** amelyet az MDD-s betegek többsége megtapasztal. Tovább nehezíti a beteg életét, hogy a beteg által megélt fáradtság (akárcsak maga a depresszió) az antidepresszívumok és a pszichoterápia hatására általában csak lassan, 1-2 hét elteltével kezd el javulni. A betegek jellemzően tapasztalnak továbbá alvási nehézségeket (98%), gyors fáradékonyságot (73%), illetve érzik úgy, hogy nincs energiájuk (93%), amely tüneteket szintén a fáradtsággal lehet összekötni [37]. A fáradtság, fáradékonyság, energiahiány jelentősen korlátozza a betegek fizikai aktivitását, amely negatív hatással lehet a családi, szociális, illetve munkahelyi kapcsolataikra is.

**II. A major depressziót legalább 2 héten át tartó folyamatosan fennálló szomorúság, teljes érdektelenség vagy a napi tevékenység által nyújtott öröm teljes hiánya jellemzi.** Egy kutatás összevetette az egészséges emberek és a depressziós betegek hangulatának változását különböző szomorú eseményeket (pl. egy szomorú filmet) követően. Megállapították, hogy pl. egy szomorú film nagyobb intenzitású negatív érzelmi reakciót (könnyes szemek, sírás, orrfújás, lebiggyesztett ajkak) vált ki az egészséges emberekből, mint a depressziós betegekből [38]. Ez is megerősíti a major depresszióban szenvedő betegek konstans érzelmi „rosszullétét”, illetve érdektelenségét, amely következtében a további pozitív és negatív érzelmek befogadására már csak korlátozottan képesek.

**III. A major depresszió megnehezítheti a betegek döntéshozó képességét.** Egy vizsgálat felmérte a depresszió és a döntésképtelenség közötti összefüggést. A kutatás során mindössze a vizsgált betegek fele tudott racionális döntést hozni, míg a csoport másik fele irracionális döntést hozott, vagy egyáltalán nem hozott semmilyen döntést, igyekezett a döntési szituációkat

elkerülni [39]. Ez a kutatás is rávilágít arra, hogy egy major depressziós beteg milyen nem várt problémákba ütközik betegsége okán. Akár az egyszerű, otthoni döntések meghozatala is súlyos dilemmákat okozhat számára, amelyek az önértékelés csökkenéséhez, önvádításokhoz és hosszútávon a családi-baráti kapcsolatai sérüléseire vezethetnek.

**IV. Az MDD-ben szenvedő betegek jelentős része alvászavarokat tapasztal.** A rossz minőségű alvás a depressziós betegek 90%-ánál előfordul. Az alvási zavarok, különösen az álmatlanság és az MDD között kétirányú kapcsolat van, amely növeli a közöttük fennálló ok-okozati viszony megkülönböztetésének nehézségét. Longitudinális kutatások megállapították, hogy az álmatlanság és a depresszió kombinációja befolyásolja a depressziós epizód lefolyását, növelve az epizód súlyosságát és időtartamát, valamint a relapszus arányát. Közelmúltbeli tanulmányok kimutatták, hogy az antidepresszívumok mellett alkalmazott álmatlanság elleni beavatkozások (gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiák) csökkenthetik az MDD súlyosságát [40]. A rossz minőségű alvás tovább rontja a major depressziós betegek életminőségét, mivel koncentrációs zavarhoz, fáradtsághoz, aluszékonysághoz vezethet, amely következtében a beteg nem tudja megfelelően ellátni a munkáját, illetve sérül a családban betöltött szerepe is.

**V. A depresszió hatással lehet a beteg szexuális életére is.** Kutatások bizonyítják, hogy a súlyos depressziós betegek elvesztik a vágyukat a nemi élet iránt, illetve nem találják meg benne az örömet. Egy kutatás megvizsgálta a férfiak körében a merevedési zavar és a depresszió közti összefüggést. A tanulmány azt találta, hogy erős korreláció van a depresszió súlyossága és a merevedési zavar között [41]. A merevedési zavar további mentális problémákat eredményezhet a betegek életében, az MDD-s beteg ennek következtében elveszti az önbizalmát, illetve megkérdőjelezheti a kapcsolatában betöltött szerepét.



**VI. Az MDD-vel küzdő betegek betegségükből fakadóan gyakran lesznek munkanélküliek.** Egy kutatás megvizsgálta az MDD és a munkahely elvesztése közötti kapcsolatot. Foglalkoztatás alatt álló egészséges, major depresszióval, illetve rheumatoid arthritis-sel küzdő betegeket figyeltek meg 6 hónapon át. A kutatás egyértelműen megerősítette, hogy a major depresszióval küzdő betegek között nagyobb volt a munkahely elvesztésének aránya, mint az egészséges egyének, illetve a rheumatoid arthritis-szel rendelkező betegek között. A 6 hónapos intervallum leteltével az MDD-s betegek 12%-a vált munkanélkülivé, szemben a másik két csoportban tapasztalt 3-, illetve 2%-kal. Továbbá, az MDD-s betegek a megfigyelt időszak alatt nagyobb arányban váltottak munkát, az átlagos heti munkaóráik száma csökkent [24].

**VII. A munkával rendelkező MDD-s betegek betegségükből fakadóan sok munkahelyi hiányzást, illetve produktivitás csökkenést tapasztalhatnak.** Kutatások alapján az MDD-s betegek havi szinten 3,2-3,8 napot hiányoznak munkahelyükről, illetve termelékenységük akár harmadával is csökkenhet [24].

**VIII. Az előzőekben részletezett tünetek/panaszok eredőjeként súlyos esetekben gyakori az életuntság, a halálvágy, valamint az öngyilkossági készítés és szuicid magatartás (kísérlet vagy befejezett öngyilkosság).**

A fentiekén túl az MDD számos más módon befolyásolja az egyének életét, mára kutatások bizonyítják az MDD negatív hatását a szülői szerepkörre mind az anyák, mind az apák esetében [42].

## 2.6.2. A DEPRESSZIÓ FŐBB KÍSÉRŐBETEGSÉGEINEK BEMUTATÁSA

**A depresszió sokszor nem önmagában jelentkezik, hanem gyakran társbetegségek kialakulása kíséri. Ilyenek a szorongásos betegségek pl. poszttraumás stressz szindróma, a szociális fóbiák, a pánikbetegség, de számos további betegség is gyakran társul depresszióval, mint pl. szív-koszorúér-betegség ill. szívinfarktus, a stroke, a daganatos megbetegedések, a Parkinson-kór, vagy a cukorbetegség is. A depresszió sok beteg esetében társul alkohol- vagy gyógyszerfüggőséggel is [43].**

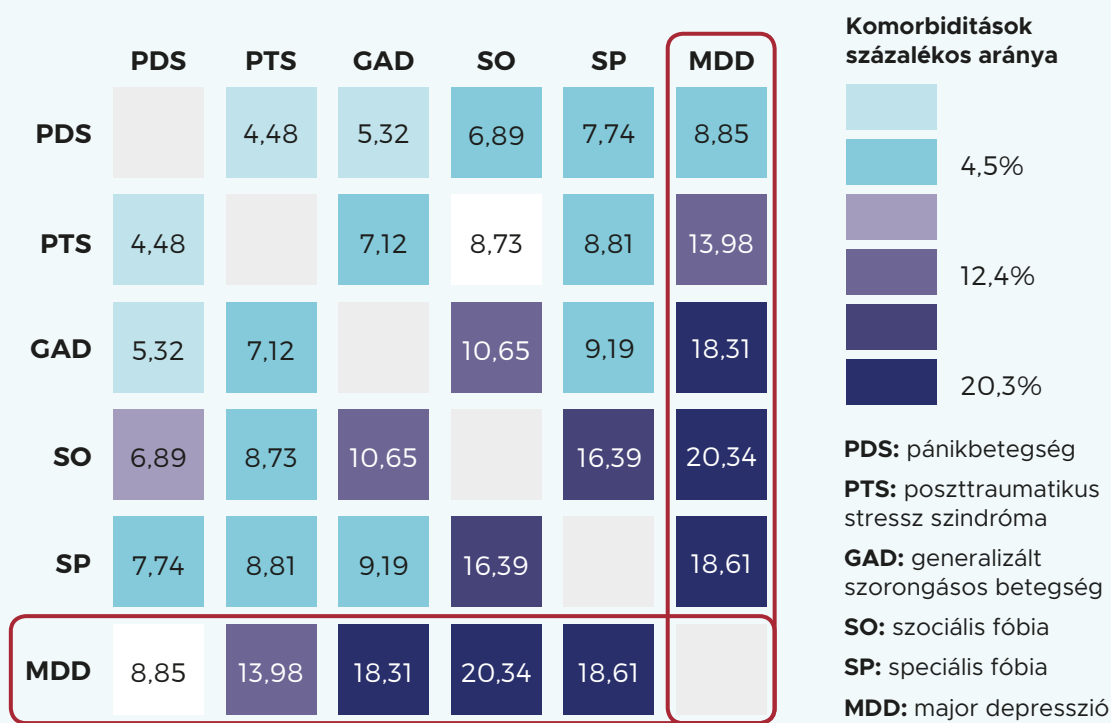
- Számos tanulmány igazolta, hogy a szorongásos megbetegedések gyakran társulnak akár súlyos fokú depresszióval is. Obszesszív-kompulzív zavarban (OCD) szenvedő betegek közel felénél jelenhetnek meg depressziós tünetek. Poszttraumatikus stressz szindrómában (PTSD) szenvedő betegek esetén a büntudat, a visszautasítás és a depresszió jelenléte igen gyakori komorbiditás. Mindezek mellett, a generalizált szorongásos betegség (GAD) is gyakran mutat depressziós tüneteket, továbbá a depresszióhoz hasonlóan felmerülhetnek a betegeknél koncentrációs nehézségek, illetve fáradékonyság is. A pánikbetegek (PDS) 10-15%-a szenved a betegség kialakulásának idején major depresszióban is, és a hosszútávú követés során a betegek több mint kétharmadánál alakul ki major depresszió (MDD), de a szociális fóbiában szenvedő betegek körében is gyakori a depresszió [44].
- Egy friss hazai kutatás 100 ezer major depressziós beteg adatait elemezte. A hazai kutatók klasszifikációja alapján a betegek 8,3%-a szenvedett terápiarezisztens depresszióban. A kutatás megerősítette, hogy a TRD-s betegek komorbiditása széleskörűbb, ezáltal életminőségromlásuk kifejezettebb, mint a nem terápiarezisztens

társaiké. Az eredmények alapján a neurotikus, stresszel kapcsolatos és szomatiform rendellenességek, az autoimmun állapotok, a szív-érrendszeri betegségek, a pajzsmirigy betegségek, valamint a nem halálhoz vezető önpusztító magatartás nagyobb arányban fordulnak elő a terápiarezisztens depresszióban szenvedő betegek körében [20].

A mentális betegségek komorbiditási „mátrixát” jól szemlélteti egy 2016. évi amerikai tanulmány [44], eredményeit a 15. ábra mutatja be.

**I. A depresszió és a szív- és érrendszeri betegségek közötti összefüggéssel már több mint négy évtizede foglalkozik a szakirodalom.** Számos tanulmány a koszorúér-betegség vagy az iszkémiás szívbetegség és a depresszió közötti korrelációra hívja fel a figyelmet, jelezvén,

hogy ezek egymásnak független rizikótényezői. A súlyos, kezeletlen depresszió hosszútávon az iszkémiás szívbetegség rizikófaktora, másrészről viszont a megelőzőleg nem depressziós szívbetegségeknél később gyakran alakul ki major depresszió. A szív- és érrendszeri betegségben szenvedő betegek 15–22%-ánál jelentkeznek súlyos depressziós tünetek. Újabb vizsgálatok megállapították a szívelégtelenség és a depresszió közötti összefüggést is: a szívelégtelenségben szenvedő betegek 24-42%-a mutat depressziós tüneteket. A krónikus szívelégtelenség esetében ez a szám akár 77% is lehet. Epidemiológiai kutatások a szívelégtelenségben szenvedő betegek esetében is független kockázati tényezőként határozták meg a depressziót a korai mortalitás szempontjából, azaz depresszióval társult szívelégtelenségben szenvedő betegek rosszabb prognózissal találják magukat szembe, mint a depresszió nélküli társaik.



15. ábra: Mentális betegségek komorbiditási mátrixa [44, 45]

A vizsgálatok ezt több különböző tényezővel magyarázzák, mint pl., hogy a depresszióban szenvedő betegek hajlamosabbak felhagyni a diétájukkal, egészségtelenebbül étkezni, kevesebbet mozogni, illetve több alkoholt fogyasztani és többet dohányozni [43, 46].

**II. A várandósság, valamint a szülést követő időszakban a mentális betegségek megjelenésének rizikója nő.** Perinatális időszakban kialakuló leggyakoribb mentális zavarok a szorongásos megbetegedések, valamint a perinatális depresszió. A perinatális depresszió prevalenciája 12-19% között van [13], azonban a postpartum depresszióval kezelt betegek száma is rendkívül jelentős, amit igazol, hogy **a szülést követő időszakban az anyai mortalitás okai között a befejezett öngyilkosság a 2. helyen áll.** A postpartum depresszió kialakulásának ideje jelenleg azonban ismeretlen, sokan azon a véleményen vannak, hogy ez már várandósság alatt bekövetkezik, azonban ekkor nem ismerik fel, még kevésbé szűrik, tehát ez az időszak is fontos.

**III. A stroke-on átesett betegek leggyakrabban észlelt neuropszichiátriai társbetegsége a depresszió.** A depresszió gátolja a terápiában való részvételt és ezáltal rontja a funkcionális eredményt. A depresszió továbbá növeli az öngyilkosság kockázatát stroke-on átesett betegek körében, ezáltal növelve a halálozás bekövetkezésének gyakoriságát. Egy nagy nemzetközi meta-análízis 61 tanulmány több mint 25 ezer betegét vizsgálta meg, és a kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy a stroke-ot túlélő betegek 31%-nál jelentkeznek depresszív epizódok a stroke-ot követő 5 éven belül [47].

**IV. A különböző daganatos megbetegedések és a major depresszió közötti korreláció megfigyelhető.** A daganatos betegek gyakran nem kerülnek diagnosztizálásra major depresszióval. A kutatások kimutatták, hogy a daganatos betegek depressziója előrejelzője lehet a betegek túlélésének. Egy 25 vizsgálatot tartalmazó meta-análízis kimutatta, hogy a depresszióval is

küzdő daganatos betegek körében a mortalitás 25%-kal magasabb [48-50].

**V. A depresszió prevalenciája magasabb a különböző tudatmódosítószer-függők, mint pl. a gyógyszer-, alkohol- vagy drogfogyasztók között.** Egy spanyol kutatás megállapította, hogy a serdülők körében is kimutatható összefüggés van a depresszió és az alkohol-, kannabisz-, illetve dohánytermékek fogyasztása között [51].

**VI. A depresszió az egyik legnagyobb és leggyakoribb kihívás a Parkinson-kórban szenvedő emberek számára.** A szakirodalom szerint a Parkinson-kóros betegek legalább 40%-a tapasztal klinikai jelentőségű depressziót élete során, amely jóval magasabb arány, mint az általános populációban megfigyelt érték (15%). A Parkinson-kóros betegek többségénél a depresszió általában kezeletlen marad, ami több okra is visszavezethető. Egyrészt a mentális betegségek „stigmája” következtében, sokan nem vallják be, hogy problémákkal küzdenek. Továbbá, megnehezíti a diagnózist, hogy a Parkinson-kór fizikai tünetei közül néhány hasonlít a depresszió tüneteire: az arc kifejezés hiánya, a fáradtság és a lassú gondolkodás depresszióra utalhat olyan betegek esetében is, akik nem szenvednek major depresszióban. A sikeres kezelés nagyban függ attól, hogy a beteg képes-e megfelelően kommunikálni az általa érzékelt tüneteket és érzéseit az egészségügyi szakemberek felé [52, 53].

**VII. A depresszió jelenléte megfigyelhető számos krónikus megbetegedés jelenléte mellett is, mint pl. akár az 1-es akár a 2-es típusú diabetes esetében.** Több vizsgálat összegzése alapján a diabeteses betegpopuláció 9-27%-a küzd depresszióval is alapbetegsége mellett. Vizsgálatok, melyek során a betegek egy tüneti skálán önmagukat értékelték, kimutatták, hogy a depresszió a diabeteses betegek akár 60%-ánál is előfordulhat. Megállapítást nyert továbbá, hogy a súlyos pszichiátriai rendellenességekkel, mint pl. a major depresszióval küzdő betegek maga-

sabb kockázattal rendelkeznek a 2-es típusú diabetes kialakulására, mivel ezen betegcsoport hajlamosabb az elhízásra és a fizikai inaktivitásra [54].

**VIII.** A depresszió sok esetben jár együtt különböző fizikai fájdalommal járó komorbid megbetegedésekkel. Kutatások bizonyítják, hogy a krónikus fájdalommal rendelkező betegek körében magasabb a depressziós betegek aránya, mint az általános populációban, illetve ugyanez igaz a depressziós betegek körében mért krónikus fájdalommal rendelkező betegek arányára. Egy meta-análízis több tanulmányt megvizsgálva arra jutott, hogy a depressziós betegek körében igen magas a fájdalommal rendelkező betegek aránya (14 vizsgálat alapján átlagos prevalenciaérték: 65%) [55]. Egy életminőséget vizsgáló kutatás rámutatott arra, hogy a fájdalommal rendelkező betegek életminősége korrelál a depressziók súlyosságával, azaz egy krónikus fájdalommal rendelkező beteg életminősége a depressziója súlyosságával romlik [56].

### 2.6.3. A DEPRESSZIÓ ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁG KAPCSOLATA

A depresszió és az öngyilkosság, illetve az öngyilkossági kísérletek között számos hazai és nemzetközi kutatás mutatott ki összefüggést [7, 8, 14, 22].

Az öngyilkossági kísérlet olyan, az egyén által önmaga ellen elkövetett, potenciálisan halált okozó, de nem végzetes kimenetelű cselekmény, amely esetében (explicit vagy implicit) bizonyíték van a szándékot illetően, míg halálos kimenetel esetén befejezett (és nem „sikeres”) szuicídiumról beszélünk.

Az öngyilkossági ráta (befejezett öngyilkosságok száma 100.000 lakosra számítva) férfiak esetében kétszer-háromszor magasabb, mint nők körében, míg a kísérletek esetén markáns női dominancia figyelhető meg.

Az öngyilkosságot elkövetők 90%-ánál a cselekmény idején fennáll valamilyen pszichiátriai betegség (leggyakrabban major depressziós epizód), illetve gyakori több pszichiátriai zavar együttes jelenléte is [11, 22]. A befejezett szuicídiumok esetén észlelt férfi túlsúly legfontosabb okai között szerepel, hogy a férfiak gyakrabban használnak violens módszert (akasztás, lőfegyver stb.), gyakrabban alkoholizálnak, és ritkábban kérnek szakirányú segítséget. A szuicid mortalitás az életkor előrehaladtával a világon mindentől növekszik [7, 22].

Hazánkban – az abszolút számokat nézve – az 55–59 évesek között a leggyakoribb az öngyilkossági halálozás, a második helyen a 80 év feletti korcsoport, a harmadikon a 60–64 év közöttiek állnak. A két leggyakoribb módszer mindkét nem esetében az akasztás (az öngyilkos férfiak háromnegyede, nők fele) és a gyógyszer-túladagolás (az öngyilkos férfiak egytizede, nők egyharmada). A becslések szerint a teljes népességben minden egyes befejezett öngyilkosságra 10–35 öngyilkossági kísérlet jut [7, 22].

Nemzetközi vizsgálatok szerint a felnőtt lakosság körében az öngyilkossági kísérletek élettartam-prevalenciája 2,7–5,9% közötti. Magyarországon ez a szám 3,2% (nőknél 4,0%, férfiaknál 2,2%). A WHO európai régiójában évente mintegy 120.000 ember követ el öngyilkosságot, és közel másfél millió egyén kísérli meg azt. A férfiak és nők között egyaránt Litvániában, Lettországon, Oroszországon, Belorussziában, Ukrajnában, Belgiumban, valamint Magyarországon és Szlovéniában a legmagasabb a szuicid ráta [11, 22].

Magyarországon a szuicid ráta (100.000 lakosra jutó éves öngyilkossági halálozás) a legmagasabb 1984-ben volt, és az ekkori 45,9-es értékről 2019-re fokozatosan csökkent 15,9-re (tehát 65 százalékkal csökkent), de ez még mindig magasnak tekinthető; az utóbbi években az **Európai Unióban Lettország és Litvánia után a szlovéniai és magyarországi szuicid ráta a**

**harmadik-negyedik legmagasabb.** A kedvező változás számos oka közül a legfontosabb a pszichiátriai (elsősorban depressziós) betegek korábbi, kiterjedtebb és hatékonyabb kezelése [11, 22, 27].

Az öngyilkosság hátterében sohasem egyetlen ok áll, azonban az öngyilkosságot elkövetők és megkísérlők közös jellemzője, hogy mintegy 90 százalékuk esetében teljesülnek valamilyen pszichiátriai betegség, leggyakrabban hangulatzavar (unipoláris vagy bipoláris major depresszió), szenvedélybetegség, szkizofrénia, diagnosztikus kritériumai.

Igen gyakori a depresszió és a komorbid személyiség- vagy szorongásos zavarok fennállása, de az utóbbi kettő szuicidális pácienseknél gyakorlatilag mindig depresszióval együtt fordul elő. A súlyos (hospitalizált), de tartós kezelésben nem részesülő unipoláris major depressziós betegek 15-19 %-a öngyilkosságban hal meg, és az öngyilkosok 50-75%-a többnyire súlyos, kezeletlen major depresszióban szenved halála idején és depressziós betegek 25-50%-a életük során legalább egyszeri alkalommal kísérel meg öngyilkosságot [7, 8, 11, 13, 22].

**Ugyanakkor az antidepresszív gyógyszeres kezelésben részesülő depressziós betegek csak kevesebb mint 3%-a követ el – befejezett – öngyilkosságot, amely az esetek döntő többségében a terápia első két hetében, vagy a kezelésre nem reagálókénál, illetve a terápiát megszakítóknál következik be.** Klinikai vizsgálatok kimutatták, hogy a depresszió javulásával már az első napokban, hetekben csökken, majd megszűnik az öngyilkossági késztetés és így a depressziós epizód megfelelő akut és hosszútávú kezelése jelentősen csökkenti a szuicid kockázatot [11, 22, 27, 57].

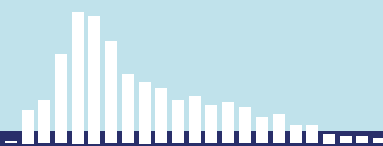
A befejezett öngyilkosságok hátterében leggyakrabban (kezeletlen) major depressziós epizód áll.

A major depresszió hatásait tekintve, a betegség terhe súlyosabb lehet, mint más nagy betegszámú krónikus betegségeké. A kezeletlen, vagy terápiarezisztens depresszió számos módon terhelheti az egyént: a betegknél előfordulhat, állandó lehangoltság, szorongás, ürességérzet; általános pesszimizmus, reménytelenség; nyugtalanság, koncentrációs nehézségek, döntésképtelenség; az érdeklődés elvesztése a munka, a hobbi, a család iránt; alvászavarok; a szexuális vágy hiánya vagy evészavarok (túlzott vagy túl kevés ételfogyasztás); vagy akár krónikus fájdalom is. Mindezeket túl a depresszió sokszor nem önmagában jelentkezik, hanem más betegségekkel együtt jelenik meg. Ilyenek a szorongásos betegségek pl. poszttraumás stressz szindróma, a szociális fóbiák, a pánikbetegség, de számos további betegség a depresszió kialakulását eredményezheti, mint pl. a különböző szívbetegségek, a stroke, a daganatos megbetegedések, a Parkinson-kór, vagy a cukorbetegség is. A depresszió gyakran társul alkohol- vagy gyógyszerfüggőséggel is.

Nemzetközi és hazai vizsgálatok szerint a befejezett öngyilkosságok hátterében az esetek 65-75%-ban (kezeletlen) major depressziós epizód áll. A súlyos (hospitalizált), de tartós kezelésben nem részesülő unipoláris major depressziós betegek 15-19%-a öngyilkosságban hal meg, és a depressziós betegek 25-50%-a élete során legalább egy alkalommal kísérel meg öngyilkosságot. A sikeresen kezelt depressziós betegknél kb. 80 százalékkal csökken az öngyilkosság rizikója [7, 8, 11, 22, 57].

# A MAJOR DEPRESSZIÓ SZÁMOS TÁRSBETEGSÉGGEL, MAGASABB HALÁLOZÁSSAL ÉS MUNKAKÉPESSÉG CSÖKKENÉSSSEL JÁRÓ BETEGSÉG

**A BETEGSÉG LEGGYAKRABBAN  
13-20 ÉV KÖRÜL KEZDŐDIK.**  
A BETEGEK SOKSZOR CSAK ÉVEK  
MÚLVA KÉRNEK SEGÍTSÉGET.



A DEPRESSZIÓS BETEGEK  
**47-84%-a** KERÜL  
DIAGNOSZTIZÁLÁSRA  
AZ ALAPELLÁTÁSBAN.



A MAJOR DEPRESSZIÓBAN  
SZENVEDŐ BETEGEKNEK **CSAK  
30-60%-a** ÁLL KEZELÉS ALATT



AZ ÖNGYILKOSOK  
**65-87%-a**  
**NEM KEZELT**  
**DEPRESSZIÓBAN**  
**SZENVED**  
AZ ELKÖVETÉS IDEJÉN.

## KEZELÉSI LEHETŐSÉG MAJOR DEPRESSZIÓBAN

### NEM GYÓGYSZERES :

Pszichoterápia  
Specifikus csoportterápia  
Egyéb nem gyógyszeres kezelési formák  
(alvásmegvonás, fényterápia, stb.)



### GYÓGYSZERES KEZELÉS:

Antidepresszívumok  
Lítium  
Pajzsmirigyhormonok  
Antipszichotikumok



A SIKERESEN KEZELT DEPRESSZIÓS BETEGEKNÉL A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG  
ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK GYAKORISÁGA IS A **TIZEDÉRE** CSÖKKEN

**A betegek ~50%-a mutat lényeges javulást, és ~35-45%-a válik tünetmentessé  
az első antidepresszívum szakszerű adagolása mellett**



A major depresszió számos társbetegséggel járhat együtt: egyéb mentális zavarok, alvás- és/vagy evészavarok, elhízás, cukorbetegség, másodlagos alkoholbetegség, magas vérnyomás betegség, szívinfarktus.



A **terápiarezisztens depresszióban szenvedő betegek** legalább két korábbi  
- megfelelő ideig és megfelelő dózisban adagolt - kezelésre nem reagáltak.  
**Döntő többségük sikeresen kezelhető lenne.**



**A terápiarezisztens betegek között**

- **7-szer gyakoribb az öngyilkosság**, mint a nem terápiarezisztens betegeknél;
- egyes komorbiditások közel **másfélszer** gyakoribbak.



### 3. FEJEZET

## A major depresszió gazdasági terhe

"Volt, hogy napokig **nem tudtam kikelni az ágyból**, hetekig halogattam, hogy kiporszívózzak, vagy összepakoljak a szobában. Az **egyetemi életemet is nagyban megnehezítette**, ha részt vettem valami szociális eseményen, utána nekem egy teljes nap pihenésre volt szükségem, annyira leszívta az energiáimat. A koncentrációs készségem is nagyon gyenge lett, **sokszor éreztem lehetetlennek a tanulást.**"

"Az esték a legrosszabbak, **sírok és csak sírok, amíg el nem alszom**, az alvási rendem is megváltozott, valamikor alig bírok elaludni, csak 3-4 órát alszok, vagy kevesebbet, de van amikor át tudnám aludni az egész napot, **12-15 órát alszom, de aludnék tovább is, ha nem kellene munkába mennem.**"

"**A legrosszabb elveszíteni a produktivitásom**, hogy nem tudok annyi mindent megcsinálni egy nap, mint szeretnék vagy terveztem.

"Megy az élet, a feladatok, határidők, emberek, barátok, látszólag jól megy a gép. Aztán egy nap nagyon fáradt vagyok, mikor hazaérek. **Sokat alszok, nem kelek fel. A következő nap is és azután is. Nem is csinálok semmit.** Nem kelek fel enni, fürödni, mást meg végképp nem tudok csinálni. De nem is alszom. Csak nézek. Igazából nem szomorúság ez. Nincs gondolat, nincs érzés. Igazából nem fáj, de nagyon. Aztán végig csinálom a hetet úgy-ahogy. Alig várom, hogy hazaérjek minden nap aludni. Van, ha nagyon rossz, hogy beteget jelentek. És ez van hetekig-hónapokig ez van."



## A MAJOR DEPRESSZIÓ OKOZTA TELJES GAZDASÁGI TEHER ÉVENTE ELÉRHETI A 362,457 MILLIÁRD FORINTOT



Direkt költségek:  $\Sigma$  28,44 milliárd Ft évente

HÁZIORVOSI ELLÁTÁS:  
0,8 MILLIÁRD FT



JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS:  
1,875 MILLIÁRD FT



FEKVŐBETEG-SZAKELLÁTÁS:  
0,3 MILLIÁRD FT



GYÓGYSZERES TERÁPIA:  
16 MILLIÁRD FT



TÁRSBETEGSÉGEK KEZELÉSE:  
7,4 MILLIÁRD FT



A major depresszió fennállása több, mint **kétszeresére** növelte a későbbi 2-es típusú cukorbetegség kockázatát:

6,4 milliárd Ft

**86 ezer beteg** esetében a depresszió lehet okozója a hipertónia kialakulásának:

0,843 milliárd Ft



**27 ezer ember** alkoholizmusát okozhatta a korábban kialakult major depressziója:

0,197 milliárd Ft



Indirekt költségek:  $\Sigma$  334,017 milliárd Ft évente

KIESETT MUNKANAPOK:  
200 MILLIÁRD FT

41,6 nap / beteg / év



CSÖKKENT HATÉKONYSÁGÚ  
MUNKANAPOK: 46 MILLIÁRD FT

76,8 nap / beteg / év

TÁPPÉNZ, MUNKÁLTATÓI  
KÖLTSÉGIÁRAMLÁS:  
53 MILLIÁRD FT



ÖNGYILKOSSÁG KÖVETKEZTÉBEN  
KELETKEZETT SZOCIÁLIS TEHER:  
35 MILLIÁRD FT





Ahogy azt az előzőekben bemutattuk, számos nemzetközi tanulmány rávilágít a depresszió életminőségre gyakorolt negatív hatására. A betegek által megélt életminőség az élet szinte minden területén csökken, de a betegségnek komoly befolyása van a beteg szűkebb (családtagok) és tágabb (barátok, munkatársak) környezetére is.

A depresszió életminőségre gyakorolt terhe más ismert, nagy betegszámot érintő krónikus betegségekkel összehasonlítva is igen jelentős; a betegség számos területen nagyobb életminőség-romlást eredményez, mint más, súlyos és nagy populációt érintő krónikus betegségek.

**A depresszió ennek okán komoly gazdasági terheléssel jár mind finanszírozói, mind összetársadalmi szempontból, továbbá az egyének szintjén is.**

A betegségteher-elemzések a gazdasági terheket jellemzően két csoportra osztják fel: direkt (közvetlen) és indirekt (közvetett) költségek körére:

1. a direkt terhek közé az adott betegség közvetlen, finanszírozót vagy magát a beteget érintő költségeit soroljuk,
2. az indirekt terhek alatt a tágabb értelemben vett, társadalmi és állami költségeket értjük.

A nemzetközi szakirodalmi áttekintés alapján a depresszióval kapcsolatos költségeket az alábbi módon osztályozhatjuk:

KÖLTSÉGTÍPUS	KÖLTSÉGELEM	PÉLDÁK
DIREKT KÖLTSÉGEK	Alapellátási költségek	- háziorvosi vizit költségei
	Kivizsgálási és diagnosztikai költségek	- pszichiátriai diagnosztikai interjúk
	Kórházi ellátási költségek	- fekvőbeteg-szakellátási költségek, sürgősségi ellátás költségei
	Szakellátás költségei	- fekvőbeteg-szakellátási költségek, sürgősségi ellátás költségei
	Gyógyszerköltségek	- antidepresszívumok - antipszichotikumok
	Komorbiditások kezelésének költségei	- diabetes - magas vérnyomás betegség - másodlagos alkoholbetegség
INDIREKT KÖLTSÉGEK	Termelékenység csökkenésből adódó költségek	- munkahelyi hiányzás, vitális kimerültség; szellemi-fizikai képességének nem megfelelő munkavégzés
	Kiesett munkanapok	- többlet táppénzkiáramlás, adó kiesés; tartós munkanélküliség, gondozók, hozzátartozók kiesett munkanapjai
	Öngyilkosság	- öngyilkossághoz kapcsolódó szociális teher

8. táblázat: A depresszió gazdasági terhe

Mára több nemzetközi kutatás eredménye ismert a depresszió okozta gazdasági teher nagyságrendjét illetően:

- Egy 2005-ös, majd 2010-ben megismételt gazdasági felmérés alapján, az Egyesült Államokban a teljes MDD populáció okozta gazdasági teher 210 milliárd dollár volt. A költségek megközelítőleg 45%-át tették ki a direkt költségek, 5%-át az öngyilkossággal és annak megelőzésével kapcsolatos költségek, illetve 50%-át a munkahelyi hiánnyal, produktivitás csökkenéssel kapcsolatos költségek [58].
- Egy európai felmérésbe bevont 28 európai ország 466 milliós népességéből legalább 21 millióan voltak érintettek a depresszió okozta egyéni, társadalmi és gazdasági teherből. 2004-es kutatás szerint a depresszió okozta teljes gazdasági teher évente 118 milliárd euró volt, amely minden lakosra (depressziós és nem depressziós) vetítve 253 eurót jelent. A direkt költségek ebből az összegből 42 milliárd eurót tettek ki, amiből 22 milliárd volt a járóbeteg-ellátás költsége, 10 milliárd a fekvőbeteg-ellátás költsége, illetve 9 milliárd a gyógyszerköltség. Az indirekt költségek között a morbiditás és mortalitás okozta költségek 76 milliárd eurót jelentettek. Ennek alapján **a depresszió a legköltségesebb mentális betegség Európában, amely az összes mentális betegség költségének 33%-át teszi ki** [59].

A következő fejezetekben bemutatjuk mind a direkt, mind az indirekt kiadások becsült összegét Magyarországra vonatkozóan, nemzetközi és hazai statisztikai- és költségadatokat alapján.

### 3.1. DIREKT KÖLTSÉGEK

A direkt költségek vizsgálata során elsődlegesen a következő alap- és szakellátási területeken felmerült kiadásokat vizsgáljuk:

#### - Alapellátásban jelentkező kiadások

*Háziorvosi vizit költsége*

#### - Szakellátásban jelentkező kiadások

*Járóbeteg-szakellátási kiadások*

*Fekvőbeteg-szakellátási és sürgősségi ellátási költségek*

#### - Gyógyszeres terápiával összefüggő kiadások

#### - Komorbiditások kezelésével összefüggő kiadások

#### 3.1.1. ALAPELLÁTÁSBAN JELENTKEZŐ KIADÁSOK

A depresszió felismerésében, kezelésének megkezdésében, illetve súlyos esetben a megfelelő szakorvoshoz történő beutalásában kiemelkedő szerepe van az alapellátásnak. A depressziót a háziorvosi praxisban még mindig gyakran nem ismerik fel, és így a megfelelő kezelést sem kaphatja meg a beteg, pedig a major depresszió az esetek 20-30%-ában krónikus lefolyású, azaz éveken keresztül fennáll. Így korai felismerése és kezelése a szövődmények megelőzése érdekében is fontos [16, 22, 57]. Egy finn felmérés alapján a depressziót az alapellátás során mindössze az esetek 47-84%-ában ismerik fel sikeresen [24].

A publikusan elérhető hazai adatok alapján a háziorvosi és háziorvosi ügyeleti ellátásra fordított összes költség meghaladta a 135 milliárd Ft-ot 2018-ban<sup>2</sup>, míg 2017-ben (legfrissebb nyilvánosan elérhető adat) összesen 65 millió eset ellátása történt [60], így az egy esetre jutó kiadás összege átlagosan 2.050 forintban határozható meg. Nemzetközi adatokkal megegyezően, a major depresszió egy éves prevalenciája hazai vizsgálatok alapján a felnőtt lakosság körében 7,1%, ami megközelítőleg 600 ezer főt jelent [2].

A becsült – háziorvosi ellátás keretében kezelt – betegszám, illetve az ellátási költség alapján az összes hazai depressziós beteg háziorvosi ellátása évente közel 800 millió forintos kiadást generál (konzervatív szemléletben) a finanszírozó részére, amennyiben csak egy háziorvosi vizittel számolunk az alapellátásban megjelenő betegeknél.

Alapellátási költségek	Major depressziós vizit költsége
Igénybevétel (az összes depressziós beteg százalékában)	47-84%
Magyarországon érintett becsült betegszám	600 ezer fő
Egységköltség	2 050 Ft
Becsült kiadás (NEAK)	809 millió Ft

9. táblázat: Becsült alapellátási költségek évente

### 3.1.2. SZAKELLÁTÁSBAN JELENTKEZŐ KIADÁSOK

#### Járóbeteg szakellátás

A depresszió diagnosztizálásában az alapellátás mellett főként a szakellátásnak van jelentős szerepe. Nemzetközi kutatások alapján a major depresszió éves incidenciája (vagyis az új esetek száma) 3% körül mozog [61]. A megkérdezett szakorvosok szerint a hazai betegek csupán 50%-a (vagy kevesebb) kerül be az ellátórendszerbe, így ennek alapján a pszichiáter által diagnosztizált betegek köre évente megközelítőleg 127 ezer fő.

A 2018. illetve 2019. évi NEAK járóbeteg-szakellátási adatok alapján a pszichiátriai szakellátásban (felnőtt és gyermekgondozói ellátás) éven-

te kb. 1,6 millió orvos-beteg találkozás történt (lsd. esetszámok évente, 10. táblázat).

Publikusan elérhető finanszírozói adat nem áll rendelkezésre a pszichiátriai ellátás forgalmán belül a major depresszió arányára. Egy 2016. évi, hazai retrospektív felmérés alapján [62] tudjuk becsülni a potenciális megoszlást (a felmérésben az MH EK Honvédkórház 100, osztályos pszichiátriai betegét vizsgálták előre meghatározott szempontok alapján, melyhez a MedWorkS rendszer adatbázisát használták). A kutatás alapján a betegek 22%-ánál az unipoláris depresszió volt a fődiagnózis így azzal a feltételezéssel élünk, hogy a járóbeteg-szakellátásban kezelt betegek között is ~20%-os arányú lehet az MDD betegek száma. Ennek megfelelően a járóbeteg-szakellátásban az MDD betegek éves száma 360 ezer főre tehető, a betegekre elszámolt pontérték 940-950 millió pont közötti, ami megfeleltethető éves szinten 1,85-1,9 milliárd forintos finanszírozási összegnek (11. táblázat).

Ahogy azt korábban bemutattuk, az unipoláris depresszió felismerésében és ellátásában a laboratóriumi diagnosztika is érintett társzakma. Az anamnézis, a pszichiátriai exploráció, valamint a rutin vizsgálat alapján felmerülő gyanú fennállása esetén kiegészítő laboratóriumi vizsgálatok és célzott szakkonzíliumok elrendelése válhat szükségessé. A major depresszióval élő betegek diagnosztizálása/kezelése során kért laborvizsgálatok száma, finanszírozási összege szintén csak becsülhető. A becslést az ambuláns pszichiátriai ellátásban kezelt betegszám és a teljes járóbeteg-szakellátási betegszám arányában becsülhetjük. 2019. évben a lejelentett és elszámolt ambuláns betegek száma 64,6 millió eset volt, a gyermek- és felnőtt pszichiátriai szakrendeléseken és gondozókban lejelentett esetek száma (ugyanebben az évben) 1,62 millió eset volt, azaz a pszichiátriai szakma részaránya – forgalom tekintetében – a teljes járóbeteg-szakellátásban 2,5%-os volt. Mindezek alapján azt feltételezhetjük, hogy az összes hazai laborvizsgálatok nagyjából 2-3%-át a pszichiátriai

Év	Szakma		Betegek		Elszámolt	
	Kód	Megnevezés	Száma	Eset	Beavatkozás	Pont
2018	1800	pszichiátria	918 577	1 024 710	4 025 657	2 290 458 072
2018	2300	gyermek- és ifjúságpszichiátria	77 117	101 417	628 424	410 153 425
2018	Q18	pszichiátria	411 225	494 797	1 324 700	1 517 083 276
2018	Q41	gyermek- és ifjúságpszichiátria	12 582	17 706	70 944	63 146 563
Összesen			1 419 501	1 638 630	6 049 725	4 280 841 336
2019	1800	pszichiátria	913 487	1 023 450	4 066 455	2 317 300 550
2019	2300	gyermek- és ifjúságpszichiátria	78 746	101 973	635 277	413 837 274
2019	Q18	pszichiátria	399 549	481 080	1 311 199	1 508 877 791
2019	Q41	gyermek- és ifjúságpszichiátria	13 231	18 190	75 987	64 408 256
Összesen			1 405 013	1 624 693	6 088 918	4 304 423 871

10. táblázat: Pszichiátriai járóbeteg-szakellátás adatai (forrás: NEAK, 2020)

MDD ESETEK FINANSZÍROZÁSA A JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁSBAN				
Év	Elszámolt esetek száma (MDD)	Elszámolt pont	Pont/forint szorzó	Éves finanszírozás
2018	360 499	941 785 094	1,98	1 864 734 486
2019	357 432	946 973 252	1,98	1 875 007 038

11. táblázat: MDD betegekre fordított becsült finanszírozás

MEGNEVEZÉS	2017. év	2018. év
Beavatkozások száma	163 849 977	165 383 857
Esetszám	13 977 546	13 840 819
Egy esetre jutó beavatkozás	11,72	11,95
PONT	34 101 953 095	34 742 850 953

12. táblázat: Éves labordiagnosztikai teljesítmények

szakma igényelte. 2017-2018 évre vonatkozóan rendelkezünk adatokkal a lejelentett laborforgalmi adatokra vonatkozóan (12. táblázat).

A fentiek alapján a pszichiátriai ellátásra allokálható éves pontérték 850-870 millió forint közötti lehet (34,1, illetve 34,7 millió laborpont 2,5%-a). Mindez teljes finanszírozási összegen számolva évente 1,7 milliárd forint finanszírozásnak feleltethető meg. Megjegyezzük, a laborvizsgálatok lebegőpontos rendszerben finanszírozottak<sup>3</sup> így a valós életben nem 1,98-as pont/forint szorzóval (azaz 100%-on) kerülnek elszámolásra, hanem depresszív forintértéken. Reálisan a pszichiátriai betegekre allokálható laborfinanszírozás a bemutatott összeg (1,7 milliárd forint) negyede, azaz 400 millió forint nagyságrendű, a csak major depressziós betegek fordított laborfinanszírozás becsülten 100 millió forint nagyságrendű lehet.

Tanulmányunkban kitértünk rá több fejezetben, hogy a depressziós betegek ellátása során a nem gyógyszeres kezelések közül a szakorvos által végzett pszichoterápia a leginkább célravezető kezelési módszertan. A pszichoterápia Magyarországon járóbeteg-szakellátás keretében (OENO kódok szerint definiáltan) finanszírozott. A NEAK által finanszírozott egészségügyi szolgáltatások minden esetben a vonatkozó jogszabályok alapján kerülhetnek elvégzésre, illetve díjazásra. Az eljárások igénybevétele szakmai tapasztalat alapján (nemzetközi összevetésben is) a potenciális igénynél alacsonyabb, amelynek nagyrészt az alulfinanszírozottság az oka.

A NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) 2019. évi adatai alapján látható, az ambuláns pszichoterápiára az állam mindösszesen 650 millió forintot költött. Ebben nem csak a depresszióval küzdők államilag finanszírozott pszichoterápiája volt benne, hanem az összes, ambuláns terápiában részesülő mentális beteg, összesen közel 130 ezer fő.

A teljes pszichoterápiára fordított finanszírozás a bemutatott megoszlási adatok alapján major depresszió esetében mindösszesen 143 millió forintba tehető.

## Fekvőbeteg szakellátás

A major depressziós betegek súlyos depresszív epizódjaik alkalmával sürgősségi ellátásra vagy kórházi kezelésre is szorulhatnak.

A fekvőbetegellátási költségeket a kórházak által lejelentett fekvőbeteg-szakellátási kódok szerint tudjuk becsülni, a 19M 822A Depresszív szindrómák 60 év alatt és 822B Depresszív szindrómák 60 év felett kódra lejelentett adatok alapján (lásd 13. és 14. táblázat).

A bemutatott forgalmi adatok alapján 2019. évben a két fekvőbeteg-szakellátási kódra elszámolt súlyszám összege 6.545 súlyszám volt, ami 1,29 milliárd forintos éves finanszírozási összegnek feleltethető meg. A bemutatott, fődiagnózis-megoszlási adat alapján (~20%-a a fődiagnózisoknak az MDD-hez köthető) **a major depressziós betegek fekvőbeteg-ellátására fordított éves összeg nem éri el a 300 millió forintot** (aktív fekvőbeteg-szakellátásban).

### 3.1.3. GYÓGYSZERKÖLTSÉGEK

**A major depresszióban szenvedő betegek antidepresszív farmakoterápiában részesülnek, amely kiegészíthető antipszichotikum kezeléssel.** Az antidepresszívumok az ATC kódok között az N06A (első 4 jegy) alatt szerepelnek, míg az antipszichotikumok az N05A (első 4 jegy) alatt.

<sup>3</sup>A lebegőpontos finanszírozás azt jelenti, hogy függetlenül az aktuálisan, országosan lejelentett vizsgálatok számától, a vizsgálatokért országosan kifizetett összeg mindig ugyanannyi. Ebben minimális változást hozott az utóbbi évek alapdíj korrekciója (2015-ben 1,5 forint/pont volt az alapdíj, míg 2016 augusztustól 1,80-ra majd 2017-től 1,85-re módosult; 2017. év novemberétől az alapdíj 1,98 forint/pont), melybe azonban beépült az egészségügyi béremelés, így a laboratóriumok helyzete nem vált kedvezőbbé. A finanszírozás alaplogikája továbbra is az, hogy az orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a szolgáltató a tárgyhavi TVK-t meghaladó teljesítménye után a laboratóriumi ellátás tárgyhavi finanszírozási keretnek még fel nem használt összege, és a TVK-t meghaladó országos teljesítmények hányadosa szerinti forintértékkel számolt díjazásra jogosult. A szolgáltatónak a teljesítménye utáni díjazás összegét a NEAK állapítja meg és a jelentés leadásának hónapjában utalványozza.

KÓRHÁZI FINANSZÍROZÁSI ESETSZÁM								
FCS	HBCs	HBCs Megnevezése	2014. év	2015. év	2016. év	2017. év	2018. év	2019. év
19M	822A	Depresszív szindrómák 60 év alatt	10 522	9 004	7 287	5 080	4 891	4 105
19M	822B	Depresszív szindrómák 60 év felett	5 831	5 278	4 796	3 744	3 560	3 114

13. táblázat: A depresszió kórházi ellátása / finanszírozási esetszám (forrás: NEAK)

KÓRHÁZI ELLÁTÁS ELSZÁMOLT SÚLYSZÁM TELJESÍTMÉNYE								
FCS	HBCs	HBCs Megnevezése	2014. év	2015. év	2016. év	2017. év	2018. év	2019. év
19M	822A	Depresszív szindrómák 60 év alatt	9 505	8 129	6 488	4 381	4 216	3 544
19M	822B	Depresszív szindrómák 60 év felett	6 212	5 607	4 920	3 621	3 439	3 001

14. táblázat: A depresszió kórházi ellátása / elszámolt súlyszám teljesítmény (forrás: NEAK)

GYÓGYSZERKÖLTSÉGEK	
ATC	Támogatáskiáramlás
<b>Antidepresszívumok (N06A ATC4 csoport)</b>	
N06AA - Nem szelektív monoamin reuptake-gátlók	83 millió Ft
N06AB - Szelektív serotonin reuptake-gátlók	2,253 milliárd Ft
N06AG - MAO-A inhibitorok	67 millió Ft
N06AX - Egyéb antidepresszívumok	3,397 milliárd Ft
<b>Teljes N06A ATC4 csoport</b>	<b>5,799 milliárd Ft</b>
<b>Antipszichotikumok (N05A ATC4 csoport)</b>	
N05AB - Piperazin szerkezetű phenothiazinok	600 ezer Ft
N05AD - Butyrophenone-származékok	71 millió Ft
N05AE - Indole-származékok	148 millió Ft
N05AF - Thioxanthene-származékok	144 millió Ft
N05AH - Diazepinek, oxazepinek, thiazepinek és oxepinek	4,450 milliárd Ft
N05AL - Benzamidok	885 millió Ft
N05AN - Lithium	30 millió Ft
N05AX - Egyéb antipszichotikumok	10,871 milliárd Ft
<b>Teljes N05A ATC4 csoport</b>	<b>16,6 milliárd Ft</b>

15. táblázat: Antidepresszívumokra és antipszichotikumokra fordított támogatáskiáramlás mértéke évente

A NEAK gyógyszerforgalmi adatai alapján 2019-ben a finanszírozó megközelítőleg 22,399 milliárd forintot költött az antidepresszívumok, illetve antipszichotikumok támogatására (lásd 15. sz. táblázat), azonban nyilvánvalóan ezt az összeget nem teljes egészében csak a major depressziós betegek gyógyszeres kezelésére fordították, hanem egyéb mentális betegségekkel küzdő betegek kezelésére is.

2020-ban egy magyar kutatás megvizsgálta a depresszióval diagnosztizált betegek gyógyszer-költségeit [63]. A kutatást a Pécsi Tudományegyetemen végezték 2018. január 1. és 2019. január 1. között, unipoláris major depresszív zavarral diagnosztizált (F 32, F 33 BNO 10 kódok) betegcsoport adatait elemezve. A kutatók eredményei alapján a csak antidepresszívummal kezelt betegek átlagos havi gyógyszerköltsége 2884,49 Ft volt, míg az antidepresszívum és antipszichotikum kombinációjával kezelt betegek havi gyógyszerköltsége 7012,41 Ft volt. Amennyiben ezt a költséget (egyéb megosztási adatok hiányában) átlagoljuk, éves szintre átváltjuk, felszorozzuk a hazai szakértők által becsült kezelésben részesülő betegek számával (300 ezer fő), illetve általánosan 90%-os támogatási kulcsot feltételezünk ezekre a készítményekre, úgy megkapjuk, hogy **a hazai MDD betegpopuláció éves gyógyszeres terápiajára fordított támogatáskiáramlás megközelítőleg 16,033 milliárd forint.**

#### 3.1.4. KOMORBIDITÁSOK KEZELÉSÉNEK KÖLTSÉGE

##### Diabetes

A depresszió és a 2-es típusú diabetes között kétirányú kapcsolat van, amelyet több nemzetközi kutatás megerősített. Eredményeik szerint **a major depresszió fennállása több, mint kétszeresre növelte a későbbi 2-es típusú cukorbetegség kockázatát** (RR 2,23; 95% CI 0,90–5,55) [64, 65]. A 2,23 relatív kockázat azt jelenti, hogy az MDD-s betegek körében a diabetes pre-

MDD OKOZTA DIABETES JÁRULÉKOS KÖLTSÉGEI	
MDD + diabeteses betegek száma	99 997 fő
MDD okozta 2-es típusú diabeteses betegek száma	55 155 fő
Egy betegre elszámolt éves költség	116 094 Ft
Teljes költség	6,403 milliárd Ft

16. táblázat: MDD okozta diabetes-ellátás költsége

valenciája 2,23-szor magasabb, mint a „normál populáció” esetében.

Hazánkban egy átfogó NEAK adatbázis-elemzés készült a diabetes vonatkozásában 2001 és 2014 között. Az elemzés alapján hazánkban megközelítőleg 727 ezer 2-es típusú diabeteses beteg él [66], ami 7,44%-os prevalenciát jelent a magyar társadalom körében. Ennek alapján a depressziós betegek körében a diabetes prevalenciája 16,59%-ra tehető ( $2,23 \times 7,44\%$ ), azaz csaknem 100.000 ember lehet érintett. A két előfordulási gyakoriság közötti különbség ( $16,59\% - 7,47\% = 9,15\%$ ) kiszámításával megkapjuk, hogy a 100 ezer depressziós és diabeteses beteg közül becsülten 55 ezer (MDD-s betegek 9,15%-a) főnek a cukorbetegsége hátterében a fennálló depressziója áll.

A hivatkozott NEAK elemzés alapján egy diabeteses betegre vetített gyógyszer-támogatási kiadás 116.094 Ft-ot jelent a gyógyszerkasszájának évente [66].

**Mindezek alapján kijelenthetjük, hogy a depresszió okozta 2-es típusú diabetes mellitus kezelési költsége éves szinten 6,403 milliárd Ft-ba kerül a finanszírozónak.**



MDD OKOZTA MAGAS VÉRNYOMÁS BETEGSÉG KÖLTSÉGEI	
MDD + hipertóniás betegek száma	291 026 fő
MDD okozta hipertóniával élő betegek száma	86 078 fő
Egy betegre elszámolt éves költség	9 789 Ft
Teljes költség	843 millió Ft

17. táblázat: MDD okozta hipertónia-ellátás költsége

### Magas vérnyomás betegség

**Szakirodalmi adatok szerint a depresszió növeli a hipertónia kialakulásának kockázatát.** Egy nagy betegszámú nemzetközi vizsgálat arra a megállapításra jutott, hogy a depressziós betegek körében **a magas vérnyomás betegség kialakulásának kockázata 1,42-szer magasabb, mint az átlagpopulációban megfigyelt érték, és ez is hozzájárul a major depressziós betegek fokozott szív-érrendszeri morbiditásához és mortalitásához** [67].

Az 1,42-es relatív kockázat azt jelenti, hogy a depressziós betegek körében 1,42-szer nagyobb az

esélye a hipertónia kialakulásának. A magas vérnyomás betegség általános prevalenciája és a relatív kockázat alapján hazánkban mintegy 290 ezer depressziós és hipertóniás beteg él, akik közül 86 ezer beteg esetében a depresszió lehet okozója a hipertónia kialakulásának.

A hipertónia éves gyógyszeres kezelésének költsége a 3 legnagyobb forgalmú hatóanyag súlyozott átlagos napi terápiás költsége alapján 9.789 Ft-ba kerül a finanszírozónak betegenként (évente). Mindezek alapján kijelenthetjük, hogy a depresszió okozta hipertónia kezelése éves szinten 843 millió Ft-ba kerül a finanszírozónak.

### Másodlagos alkoholbetegség

#### Az MDD és az alkoholizmus közötti kétirányú kapcsolatot is számos kutatás bizonyította.

A már kialakult MDD sok esetben vezet alkoholbetegséghez, illetve a már korábban kialakult alkoholizmus a későbbiekben számos esetben társul major depresszióval [68, 69].

Egy kutatás alapján az MDD-s betegek körében az alkoholfüggőség kialakulásának kockázata megközelítőleg kétszer nagyobb kockázattal jár, mint azon egyének körében, akik nem szenvednek major depresszióban [70].

A KSH adatbázisa szerint hazánkban megközelítőleg (konzervatív becslés szerint) 379 ezer alkoholfüggő beteg él [71], melyből a fenti adatok

MDD OKOZTA MÁSODLAGOS ALKOHOLBETEGSÉG KÖLTSÉGEI					
FCS	HBCs	HBCs Megnevezése	Egy esetre elszámolt költség	Betegek száma	Teljes költség
20M	8430	Alkohol abúzus, függőség	153 244,08 Ft	1 086	166 382 001,47 Ft
20S	8441	Drog és alkohol intoxikáció sürgősségi ellátása	27 888,30 Ft	1 086	30 279 219,74 Ft
Teljes költség			181 132,38 Ft	1 086	197 millió Ft

18. táblázat: Másodlagos alkoholbetegség ellátásának költsége



alapján több mint 53 ezer egyén szenvedhet MDD-ben is. A kockázati arányok felhasználásával megkapjuk, hogy ebből a betegkörből megközelítőleg 27 ezer ember alkoholizmusát okozhatta a korábban kialakult major depressziója.

Az alkoholizmus kezelése összetett feladat, és szakirodalmi adatok szerint a betegek mindössze 5-10%-a kerül be az ellátórendszerbe. A KSH adatai alapján jelenleg 15 ezer egyént kezelnek alkoholfüggőséggel, amelyből kiindulva abból a 27 ezer betegből, akiknek alkoholfüggősége a major depresszióval összefüggésben alakulhatott ki, mindösszesen ezer páciens kerül kezelésre. Ez az érték valószínűsíthetően alulbecsüli a ténylegesen alkoholfüggőséggel kezelt MDD-s betegpopuláció nagyságát, mivel az alkoholfüggő betegek közül elsősorban a súlyos alkoholbetegek, illetve a komorbid betegek (azaz pl. MDD-s betegek) kerülnek kezelésre.

Az alkoholizmus kezelésére alkalmazott fekvőbeteg-ellátási költségeket a kórházak által lejelentett

fekvőbeteg-szakellátási kódok szerint tudjuk becsülni, a 20M 8430 Alkohol abúzus, függőség, a 20S 8441 Drog és alkohol intoxikáció sürgősségi ellátása nevű kódra lejelentett adatok alapján (lásd 18. táblázat). **Számításaink szerint az MDD okozta másodlagos alkoholbetegség ellátásának éves költsége 197 millió forintra tehető.**

### 3.2. INDIREKT KÖLTSÉGEK

Az indirekt költségek kapcsán **a depresszióval összefüggő produktivitás-csökkenéshez kapcsolódó kiadásokat, a szociális ellátórendszer terheinek növekedéséhez kapcsolódó kiadásokat és a depresszió okozta öngyilkosságok társadalmi terheit vizsgáltuk meg.**

#### 3.2.1. PRODUKTIVITÁS-CSÖKKENÉS MUNKAHELYI HIÁNYZÁS KÖVETKEZTÉBEN

Nemzetközi kutatások alapján a depresszió legfajsúlyosabb indirekt költsége a depressziós időszakok következtében fellépő munkahelyi

A MAJOR DEPRESSZIÓ MIATT KIESETT MUNKANAPOK OKOZTA TEHER	
Kiesett munkanapok száma / beteg / év	41,6 munkanap
Egy napra jutó produktivitás-csökkenés	18 152 Ft
Foglalkoztatásban lévő, gyógyszeres ellátás alatt nem álló major depresszióval küzdő betegek száma	265 ezer fő
<b>A kiesett munkanapok következtében fellépő produktivitás-csökkenés: 200,280 milliárd Ft</b>	
A MAJOR DEPRESSZIÓ MIATT CSÖKKENT HATÉKONYSÁGGAL LEDOLGOZOTT MUNKANAPOK OKOZTA TEHER	
Csökkentett hatékonyságú munkanapok száma / beteg / év	76,8 munkanap
Hatékonyságcsökkenés	35,20%
Egy napra jutó produktivitás-csökkenés	18 152 Ft × 35,20% = 6 390 Ft
Foglalkoztatásban lévő, gyógyszeres ellátás alatt nem álló major depresszióval küzdő betegek száma	265 ezer fő
<b>A csökkent hatékonysággal ledolgozott munkanapok okozta teher: 45,834 milliárd Ft</b>	

19. táblázat: Produktivitás-csökkenés okozta teher

produktivitás-csökkenés. A produktivitás-csökkenést két tényezőre vezethetjük vissza:

1. a munkából hiányzott munkanapok számára, illetve
2. a depresszió következtében csökkentett produktivitással ledolgozott munkanapok számára.

Egy major depressziósokat vizsgáló amerikai tanulmány kimutatta, hogy a major depresszióval küzdő betegek betegségük miatt kéthetente átlagosan 1,6 napot hiányoznak a munkájukból [72]. Ez egy évben megközelítőleg 41 munkanapot jelent. Egy másik amerikai tanulmány szerint, a depressziós betegek átlagosan a munkaidejük 8,2%-ban hiányoznak a munkahelyükről egészségügyi problémáik következtében [73].

Egy harmadik tanulmány kimutatta, hogy a depressziós betegek heti szinten 12,1 órában csökkentett produktivitással dolgoznak. A produktivitás-csökkenés mértéke a major depressziós betegek esetében 35,2% [73].

A produktivitás-csökkenés számítása nemzetközi szakirodalmi források szerint a kiesett munkanapokra osztott bérköltség kalkulálásával számolható a legmegbízhatóbban. A KSH adatai szerint hazánkban 2020. I. negyedévében a havi bruttó átlagkereset 384.219 Ft volt.<sup>4</sup> Ezt az összeget éves szintre vetítve, majd leosztva az átlagos munkanapok számával megkapjuk, hogy egy munkanapra átlagosan 18.152 forint bérköltség jut.

Amennyiben azzal a konzervatív feltételezéssel élünk, hogy a fentiekben vázolt produktivitás-csökkenés csak a gyógyszeres orvosi terápiában nem részesülő betegpopulációt érinti, úgy megállapíthatjuk, a rendelkezésre álló statisztikai és költségadatokat alapján **a major depresszió következtében kiesett munkanapok évente 200 milliárd forintos produktivitás-csökkenést jelentenek, a csökkent hatékonysággal ledolgozott munkanapok pedig további 46 milliárd forintos terhet/költségkiesést generálhatnak társadalmi szemléletben** (lásd 19. táblázat).

**sággal ledolgozott munkanapok pedig további 46 milliárd forintos terhet/költségkiesést generálhatnak társadalmi szemléletben** (lásd 19. táblázat).

A terápiareszisztens depresszióban szenvedő betegek esetében a fenti költségek még hangsúlyosabbak. Szakmai interjúink alapján a TRD-s betegek tartós munkavállalása fokozottan nehéz, egy részük akár – depressziós epizódjaik alkalmával – az önellátásra is képtelen, így **a hozzátartozóik munkakiesése is fokozott kockázattal bír.**

### 3.2.2. TÁPPÉNZ- ÉS MUNKÁLTATÓI KÖLTSÉGIÁRAMLÁS

A fentiekben bemutatásra került, hogy a depresszió jelentős munkanapkieséssel jár. Magyarországon egy 2011-es tanulmány vizsgálta más betegségcsoportokkal együtt a depresszió indirekt költségeit is, NEAK (korábban OEP) adatbázis alapján. A bruttó táppénz-kiadások vonatkozásában **valamennyi vizsgált betegségcsoportot tekintve (szív és érrendszeri betegségek, emésztőrendszeri betegségek) a depresszió miatti táppénzkiadás volt a legmagasabb** [10]. Amennyiben feltételezzük, hogy a kiesett munkanapokat a munkavállalók betegszabadságnak/táppénznek veszik ki, úgy ezen napok

MUNKÁLTATÓI TÁPPÉNZ KIÁRAMLÁS MÉRTÉKE	
Kiesett munkanap / beteg	41,6 munkanap
Összes kiesett munkanap száma	41,6 munkanap × 265 ezer fő = 15,4 millió munkanap
Egy táppénzes napra jutó kiadás	4 782 Ft
Teljes táppénzkiadás	52,762 milliárd Ft

20. táblázat: Táppénz-kifizetés okozta teher

jelentős többletkiadással járnak a szociális ellátórendszer számára is. A KSH táppénzre vonatkozó statisztikájából kiderül, hogy 2019-ben egy táppénzes napra jutó kiadás összege 4.782 Ft volt [74].

Mindezek alapján **a depresszió okozta munkáltatói költség vagy táppénzkiáramlás nagyságrendje elérheti az évi 53 milliárd forintot is.**

### 3.2.3. ÖNGYILKOSSÁG KÖVETKEZTÉBEN KELETKEZETT SZOCIÁLIS TEHER

Amint azt a korábban bemutattuk, **a depresszió és a befejezett öngyilkosságok között szoros összefüggés mutatkozik.** Az öngyilkosságot elkövetők 65-75%-a major depresszióban szenved a szuicídium elkövetésekor [11, 13, 22, 57]. A KSH adatai szerint hazánkban a fokozatosan csökkenő öngyilkossági halálozás ellenére 2019-ben még mindig 1550 befejezett öngyilkosság történt, amely alapján **több mint 1.000 önkéntes elkövetett haláleset esetében játszhat szerepet a depresszió.**

A depresszióval kapcsolatos, öngyilkosság következtében keletkezett gazdasági teher tartalmaz direkt, indirekt és megfoghatatlan (intangible) költségeket is. Egy 2018-as tanulmány

számszerűsítette az ausztrál fiatalok öngyilkosságából fakadó gazdasági terhet [75]. Az eredmények alapján a teljes teher 97%-át az indirekt költségek tették ki, ebből kifolyólag jelen tanulmányunkban csak az indirekt társadalmi költségeket számszerűsítettük. A depresszióval kapcsolatos öngyilkosság következtében keletkezett szociális terhet az – ausztrál tanulmányhoz hasonlóan – ún. humántőke módszertannal (human capital method) számoltuk. A módszertan lényege a potenciális jövőbeli bevételek összegzése a halál időpontjától a nyugdíjba vonulás időpontjáig. Elemzésünkben a befejezett öngyilkosságot elkövető személy elvesztett produktív életévei (years of productive life lost – YPLL) alatt kiesett munkabér alapján kalkuláltunk. A módszertan egyszerűsítése érdekében nem használtunk diszkontrátát, illetve nem számoltunk sem folyamatosan növekvő bérekkel, sem a feltételezhető folyamatos pénzromlással.

A kalkulációhoz felhasználtuk az öngyilkosságot elkövető személyek életkori megoszlását a 2019-es évre vonatkozóan [76]; a népesség korcsoportonkénti megoszlását, az éves teljes bruttó bért, illetve a foglalkoztatottak számát. Számításaink szerint **a depressziós betegek öngyilkosságával összefüggő szociális teher meghaladhatja az évi 35 milliárd forintot.**

ÖNGYILKOSSÁG KÖVETKEZTÉBEN KELETKEZETT SZOCIÁLIS TEHER				
Korcsoport	Öngyilkos esetek száma	Depressziós betegek (65%)	Elvesztett produktív életévek száma (YPLL)	Teher
10-19	24	16	40	2,532 milliárd Ft
20-29	104	68	35	9,600 milliárd Ft
30-39	135	88	25	8,901 milliárd Ft
40-49	256	166	15	10,127 milliárd Ft
50-59	302	196	5	3,982 milliárd Ft
<b>Összesen</b>	<b>821</b>	<b>534</b>	<b>-</b>	<b>35,142 milliárd Ft</b>

21. táblázat: Öngyilkosság következtében keletkezett szociális teher egy évre számítva a gazdaságilag aktív korú népesség körében

### 3.3. AZ MDD OKOZTA GAZDASÁGI TEHER ÖSSZEGRÉSE

Jelen fejezetben megvizsgáltuk a major depresszióhoz társítható főbb direkt és indirekt költségek körét és nagyságrendjét egy évre számítva Magyarországra vonatkozóan.

Elemzésünkben feltárt direkt és indirekt terhek nagyságrendjét az alábbiakban összegezzük:

#### ***A major depresszió okozta direkt költségek***

**I.** A becsült – háziorvosi ellátás keretében kezelt – betegszám, illetve az ellátási költség alapján az összes hazai MDD-s beteg háziorvosi ellátása évente közel 800 millió forintos kiadást generál (konzervatív megközelítésben) a finanszírozó részére évente.

**II.** A teljes hazai betegpopulációra vetített járóbeteg-szakellátási kiadások (ambuláns ellátás és labor diagnosztika) évi 2 milliárd forintot tehetnek ki.

**III.** A major depressziós betegek fekvőbeteg-szakellátási költségeinek éves átlagos összege elérheti a 300 millió forintot.

**IV.** A gyógyszeres terápiára fordított kiadások nagyságrendje évente 16 milliárd forint, a hazai publikus gyógyszerforgalmi adatbázis szerint.

**V.** Az MDD-s betegek betegségét kísérő főbb társbetegségek kezelése évente nagyságrendileg 7,4 milliárd forintba kerül, melyből a 2-es típusú diabetes 6,4 milliárd Ft-ot, a hipertónia 843 millió Ft-ot, a másodlagos alkoholbetegség kezelése pedig 197 millió Ft-ot jelent.

#### ***A major depresszió okozta indirekt költségek (nagyságrendi becslés)***

**I.** A rendelkezésre álló statisztikai és költségadatok alapján a major depresszió következtében kiesett munkanapok évente 200 milliárd forintos produktivitás-csökkenést jelentenek, a csökkent

hatékonysággal ledolgozott munkanapok pedig 46 milliárd forintos terhet/költségkiesést generálnak társadalmi költség szemléletben.

**II.** Az MDD jelentős munkanapkieséssel jár; amennyiben feltételezzük, hogy a kiesett munkanapokat a munkavállalók betegszabadságnak/táppénznek veszik ki, úgy számításunk szerint a depresszió okozta munkáltatói költség vagy táppénzkiáramlás nagyságrendje elérheti az 53 milliárd forintot is évente.

**III.** A major depresszió és a befejezett öngyilkosságok között szoros összefüggés van. Becsléseink szerint az MDD-vel kapcsolatos befejezett öngyilkosságok okozta teljes szociális terhelte évente meghaladja a 35 milliárd forintot.

Az eredmények összefoglalása a 22. számú táblázatban látható.

A major depresszió gazdasági terhe más nagypopulációjú krónikus megbetegedésekhez hasonló nagyságrendű.

Az indirekt költségek jelentősen meghaladják a direkt költségek terhet (92% vs. 8%): a társadalomra nehezedő közvetett terhelte megközelítőleg a teljes éves gyógyszerkassza nagyságával egyenértékű. Hazai szakértőkkel folytatott diszkusszió alapján ez megfelel az előzetes várakozásoknak (hazai szakmai tapasztalattal és nemzetközi eredményekkel összehangban) [1, 42].

A major depresszió okozta legnagyobb indirekt terhelte a betegek munkanapkiesése és produktivitás-csökkenése.

Mivel a kezeletlen MDD lényegesen megemeli számos testi betegség (szív-érrendszeri betegségek, diabetes stb.) kialakulásának esélyét, így az MDD megfelelő kezelése az említett testi betegségek okozta indirekt költségek csökkentéséhez is hozzájárul.

KÖLTSÉGTÍPUS	KÖLTSÉGELEM	KÖLTSÉGOKOZÓ	TOVÁBBI BONTÁS	TELJES KÖLTSÉG
<b>DIREKT KÖLTSÉGEK</b>	<b>Alapellátás</b>	Háziorvosi szolgálat	Háziorvosi vizit	800 millió Ft
	<b>Szakellátás</b>	Járóbeteg szakellátás	Járóbeteg szakellátás és labordiagnosztika	2 milliárd Ft
		Fekvőbeteg szakellátás	Kórházi kezelés	300 millió Ft
	<b>Gyógyszerköltségek</b>	Antidepresszívum és antipszichotikum terápia		16,033 milliárd Ft
	<b>Komorbiditások</b>	2-es típusú diabetes mellitus		6,4 milliárd Ft
		Hipertónia		843 millió Ft
		Másodlagos alkoholbetegség		197 millió Ft

**TELJES DIREKT TEHER: 28,440 MILLIÁRD FT**

<b>INDIREKT KÖLTSÉGEK</b>	<b>Produktivitás- csökkenésből adódó költségek</b>	Kiesett munkanapok	200 milliárd Ft
		Csökkent hatékonysággal ledolgozott munkanapok	46 milliárd Ft
	<b>Táppénz-, munkáltatói költségkiáramlás</b>		53 milliárd Ft
	<b>Öngyilkosság következtében keletkezett szociális teher</b>		35 milliárd Ft

**TELJES INDIREKT TEHER: 334,017 MILLIÁRD FT**

**AZ MDD OKOZTA TELJES GAZDASÁGI TEHER: 362,457 MILLIÁRD FT**

22. táblázat: A major depresszió okozta gazdasági teher

## 4. FEJEZET

# A kormányzat és a szakmai szervezetek előremutató aktivitásai, hazai és nemzetközi jó gyakorlatok bemutatása

*"Minden nap egy kihívás. De teszek ellene, 8 éve járok terápiára, de még mindig van mit csiszolni."*

*"Az egyetem első évének végére már olyan rosszul éreztem magam amiatt, hogy minden nap vannak öngyilkossági gondolataim, hogy pszichológus segítségét kértem, majd osztályra kerültem egy szuicid krízis miatt. Igazán csak az osztályon tudatosult bennem, hogy depresszióm van."*



Megfigyelhető, hogy míg a 2000-es évek elejétől a mentális betegségek és a depresszió elleni küzdelem nagyobb figyelmet élvezett az egészségügyi programokban, addig mára a depresszió és a pszichiátriai zavarok látszólag elvesztették népegészségügyi prioritásukat az egészségpolitikai döntéshozók körében.

A WHO 2005. évben („Európai Nyilatkozat a Mentális Egészségről - Szembenézve a kihívásokkal, megoldásokat keresve”) kiadott nyilatkozata mérföldkő volt, amelyben 53 európai országot összefogó egészségügyi programot fogadott el. A Helsinki Konferenciát követte a 2005. október 14-én útjára bocsátott Zöld Könyv (Green Paper) „A lakosság mentális egészségének javítása/Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása 2005” címmel.

Az Európai Bizottság konklúzióját követően, a Zöld Könyv folytatásaként jött létre „A Lelki Egészség Európai Paktuma” (LEEP). A Bizottság szándéka szerint a Paktum pragmatikus és cselekvésorientált, átlátható, szektorok közötti program volt, amely többek között a döntéshozókkal, a szakmai és társadalmi szervezetekkel, valamint az érintett polgárokkal, továbbá elsősorban a WHO-val és más nemzetközi szervezetekkel való kooperációval működött. A Paktum, a meghatározott öt prioritás mentén, tematikus konferenciákon keresztül próbálta érvényesíteni a közösen kitűzött célt, egy lelki-leg egészségesebb, gazdaságilag versenykésebb Európa jövőképe érdekében.

Öt tematikus konferencia került megrendezésre:

**I.** A fiatalok lelki egészsége és a lelki egészség az oktatásban (Stockholm, 2009. szeptember 29-30.)

**II.** Az öngyilkosság és a depresszió megelőzése (Budapest, 2009. december 10-11.),

**III.** Az idős emberek lelki egészsége (Madrid, 2010. június 28-29.),

**IV.** A stigma és a szociális kirekesztés elleni küzdelem (Lisszabon, 2010. november 8-9.)

**V.** A lelki egészség a munkahelyi környezetben került megvitatásra. (Berlin, 2011. március 3-4)

A LEEP sorozat zárásaképpen a magyar EU elnökség alatt, (2011-ben) kerültek elfogadásra – Magyarország és a magyar szakértők hathatós hozzájárulásával – a Tanácsi Következtetések.<sup>5</sup> A dokumentum kiemeli többek között, hogy az EU-ban a fogyatékkal élő emberek leg-nagyobb része e mentális zavarokra, elsősorban az affektív és szorongásos zavarokra vezethető vissza. Mindez komoly terhet jelent az érintett személyek, családok és közösségek, az egész társadalom számára [77].

Figyelemmel arra, hogy minden tagállamot sújtó problémáról van szó, a Következtetések a tagállamok közötti együttműködést sürgetik, elsősorban az egészségpolitika, a programok, az indikátorok összehangolása és a „jó gyakorlatok” átvétele, elterjesztése terén. A Következtetések kiemelik továbbá a felhasználók, családtagjaik, gondozói, valamint a társadalmi szervezetek bevonását a szakpolitikai intézkedésekbe, valamint aláhúzza a mentális zavarokkal foglalkozó kutatások fontosságát.

A Tanácsi Következtetések szolgáltak alapul az EU tagállamainak az ún. Közös Akciója<sup>6</sup> során, amely a lelki jól-lét és a mentális betegségekkel kapcsolatos tagállami, elsősorban a politikák szintjén megjelenő kihívásokat és a jó gyakorlatokat igyekezett összegyűjteni és bemutatni [78]. Ebben a projektben Magyarország kiemelkedő szerepet vállalt, a Depresszió-öngyilkosság-e-gyógyulás munkacsomag vezetésével, (Simmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet), valamint a Közösségi Pszichiátriai Ellátás (Simmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) és a Munkahelyi Lelki Egészség (Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar) munkacsomagokban való részvétellel is.



A mentális egészség és jól-lét Közös Akciója folytatásaként jött létre az ún. EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing (2016-2018), amely az EU 3. Egészségügyi Keretprogramjából (2014-2020) finanszírozott projekt volt, amely a tagállami jó gyakorlatokat gyűjtötte össze, és tette elérhetővé. A prioritások között a depresszió ellátása, az öngyilkosság megelőzése, a pszichiátriai ellátó-rendszer elérhetőségének javítása, a munkahelyi lelki egészség, a közösségi pszichiátria alapú ellátás fejlesztése, valamint integrált kormányzati/ kormányzási vezetés jó gyakorlatainak az elterjesztése szerepeltek [79].

#### **4.1. HAZAI DEPRESSZIÓ-ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZŐ PROGRAMOK**

Az alábbi két, úttörő jellegű hazai depresszió-öngyilkosság megelőző program nem kormányzati kezdeményezésre valósult meg. A kiskunhalasi projekt az American Foundation of Suicide Prevention (USA), a New York-i Columbia Egyetem és Kiskunhalas önkormányzat támogatásával, a szolnoki vizsgálat egy európai kollaboratív program keretében szerveződött. A kiskunhalasi program szakmai vezetője Prof. Dr. Rihmer Zoltán, a szolnokié Prof. Dr. Kopp Mária volt.

##### **4.1.1. A KISKUNHALASI HÁZIORVOS DEPRESSZIÓ-TOVÁBBKÉPZŐ ÉS ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZŐ PROGRAM**

A kiskunhalasi háziorvos depresszió-továbbképző és öngyilkosság-megelőző program keretében 2000. szeptember, október és november hónapokban két rövid hétvégén depresszió felismerési és öngyilkosság-megelőző tanfolyamot tartottak a régió háziorvosai és a mellettük dolgozó főnővérek, ill. asszisztensek részére. A program az intenzív továbbképzésen kívül az alábbi elemeket tartalmazta [80]:

- depresszió rendelés heti tíz órában a meglévő szakrendelés és pszichiátriai gondozó rendelési idején felül, ahová a háziorvosok soron kívül küldhették be a betegeiket.

- folyamatos, 24 órás telefonszolgálat, amelyen keresztül a háziorvos és a körzeti ápolónő bármikor segítséget kérhetett a kiskunhalasi pszichiátriai osztály szakorvosaitól betegeivel kapcsolatban.

A kiskunhalasi régióban a beavatkozás előtti 5 éves időszakban az átlagos éves szuicid ráta 100.000 lakosra 59,7, míg a beavatkozás utáni időszakban (2001-2005) 49.9% volt, ami 16%-os csökkenést jelent. A helyi kontroll régióban (Kiskunfélegyháza, 54 000 lakos) ugyanezen adatok 50%, illetve 45% voltak (férfiak és nők együtt: 11%-os csökkenés). Annak ellenére, hogy a különbség matematikailag nem szignifikáns, a változás iránya a várakozásoknak megfelelő, miszerint az antidepresszívumok felírása és az antidepresszívummal kezelték aránya szignifikánsan jobban növekedett a beavatkozási régióban, mind a kontroll-, mind pedig az összmagyarországi adatokhoz képest. Továbbá az éves szuicid ráta csökkenése szignifikánsan magasabb volt a beavatkozási (Kiskunhalas) régióban (9,8 per 100.000) a megye többi területéhez (6.9 per 100 000) valamint egész Magyarországhoz képest (4,5 per 100.000). A vizsgálat eredménye ismételten bizonyítja, az öngyilkosságok egyik legfontosabb kockázati tényezője a nem kezelt depresszió, (a beavatkozási régióban bekövetkezett öngyilkosok 77%-a volt bizonyítottan vagy valószínűsíthetően depressziós), és hogy a Háziorvosi Szolgálat munkatársainak a képzésével javítani lehet a depresszió felismerését és eredményes kezelését, így ezáltal az öngyilkosságok száma is csökkenthető [57, 80].

##### **4.1.2. A SZOLNOKI HÁZIORVOSI DEPRESSZIÓ-FELISMERÉSI ÉS KÖZÖSSÉGI ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZŐ PROGRAM**

Magyarország képviselőjében a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete Prof. Kopp Mária vezetésével 2004-ben csatlakozott az „Európai Szövetség a Depresszió Ellen” programhoz. Szolnokon (népesség közel 80.000 fő)



2005-ben indult a program, amelynek elsődleges célja valamennyi helyi segítő szakember (családorvos, pszichiáter, pszichológus, lelki elsősegély telefonszolgálat, gyógyszerészek, pedagógusok, lelkészek, rendőrök, védőnők, geriátriai gondozók stb.) felkészítése a depresszió és öngyilkossági veszély felismerésére és az alapvető intervenciós módszerek kivitelezésére. Az akcióprogram keretében

- a háziorvosok és más segítő foglalkozásúak részére oktató jellegű továbbképzéseket szerveztek;
- a közösségi kampány során a lakosság téma iránti érzékenységét és ismereteit poszterekkel, rövidfilmekkel, információs broszúrákkal, tájékoztatókkal és egy internetes honlaphoz való hozzáféréssel javították, hogy információt adjanak a depresszió megfelelő kezeléséről, és csökkentsék a betegség és az érintett személyek stigmatizációját;
- létrehoztak egy web-oldalt ([www.depressziostop.hu](http://www.depressziostop.hu)), amely mind a laikusok, mind a segítő foglalkozású szakemberek számára fontos információkat tartalmaz;
- életmentő „segély-kártyát” adtak az öngyilkosságot már megkísérelt betegek kezébe, amelyen elsősorban olyan telefonszámok szerepelnek, amelyek öngyilkossági krízis esetén gyors professzionális segítséget biztosítanak;
- támogatták a már működő önszorgító csoportokat és új csoportok szerveződését.

2004-ben az országos öngyilkossági arány 100.000 főre 26 volt, Szolnok városában 32, a kistérségben 37. A program első évében, 2005-ben 57 %-kal, míg 2006-ban 47%-kal csökkent a befejezett öngyilkosságok száma Szolnok városában a korábbi kilenc év átlagához hasonlóan. Országos viszonylatban is volt csökkenés az öngyilkosságok arányában ezekben az években,

de sehol sem volt olyan mértékű, mint Szolnok városában. A jelentős javulás még a program befejezése utáni évben, 2007-ben is fennmaradt, de 2008-ra már visszaesett a korábbi évek szintjére [81]. A program két évében jelentősen megnőtt a depresszió miatt a pszichiátriai gondozóhoz forduló, illetve a családorvos által a pszichiátriára irányított betegek aránya, valamint a lelki elsősegély telefonszolgálat hívásainak száma is. A szolnoki öngyilkossági arányok ilyen mértékű javulásának legfontosabb tényezője a helyi segítő szakemberek hálózatának kiépítése volt, valamint a depresszió miatti kezelés destigmatizálása. Lényeges szerepet játszott a helyi médiumok, televízió, rádió, helyi lapok aktív részvétele a programban, amelynek fő üzenete, hogy a depresszió felismerhető és kezelhető, az öngyilkosság megelőzhető [81, 82].

A 2002-ben kiadott Johan Béla Népegészségügyi program még kiemelt helyen foglalkozott a mentális betegségek megelőzésével és olyan konkrét célokat tűzött ki, mint pl. a lelki betegségekhez kapcsolódó előítéletek és tévhitek folyamatos leépítése; a pszichiátriai zavarok korai felismerése és kezelése; az alapellátásban dolgozók érzékenyítése a pszichiátriai zavarok iránt; közösségi lelkiegészség-védelem és pszichiátria működési modelljének kidolgozása és intézményrendszer folyamatos kiépítése; az öngyilkosságok számának csökkentése legalább 20/100.000 fő szintre; illetve a depressziós betegek kezelésbe vételi arányának javítása legalább 30%-kal [83]. Közel 20 éves távlatban kijelenthető, hogy a Johan Béla Népegészségügyi programban kitűzött célokat a szuicid arány csökkentése kivételével nem sikerült teljesíteni és a betegség elfogadottsága és prioritása nem javult az elmúlt két évtizedben.

**Előremutató kezdeményezés, hogy a Kormány 2018. évben elfogadta a legnagyobb egészségveszteségek mérséklését célzó nemzeti egészségügyi programokat, amelynek része a Nemzeti Mentális Egészségügyi Program („A mentális zavarok megelőzésének és ellátá-**

sának nemzeti stratégiája”) is. A dokumentum a gyermek- és felnőtt pszichiátriát, valamint az addiktológiát fogta össze, és külön fejezet foglalkozik benne az öngyilkosság megelőzésével.

#### 4.2. MAGYAR NEMZETI BANK VERSENYKÉPESSÉGI PROGRAM

A Magyar Nemzeti Bank 2019-ben kiadott egy átfogó gazdasági és szociális-gazdasági helyzet-elemzést, amelyben a magyar gazdaság fenntartható felzárkózásának támogatása érdekében 330 javaslatot fogalmazott meg 12 területen, amelyek segítik az országban rejlő növekedési potenciál kibontakozását és fenntartását [84].

**Az MNB programban megjelenik fejlesztendő pontként a magyar lakosság lelki egészségének megőrzése: a jelenleginél kiemeltebb szerepet kell kapjon a lelki egészség az ellátórendszerben és a társadalmi közbeszédben egyaránt.** Mivel

a mentális betegségek kialakulásában fontos szerepet játszik többek között a családi helyzet alakulása, az inaktivitás, a jövedelmi különbségek és az alkoholfogyasztási szokások, így a probléma kezelése túlmutat a szigorúan vett egészségügyi rendszer keretein. Az MNB programja egy átfogó stratégia és cselekvési terv megalkotását javasolja a mentális betegségek és ezen belül a depresszió megelőzéséhez. A tanulmány javaslata szerint szükséges a mentális betegségekről elérhető információk növelése és a betegségek társadalmi megítélésének javítása. Ennek kapcsán az MNB a következő intézkedéseket javasolja egy átfogó mentális egészségcsomag kidolgozása és szisztematikus végrehajtása érdekében [84]:

- A magyar lakosság lelki egészségének javítása érdekében szükséges egy átfogó, többek között a prevenció minden területére kiterjedő mentális egészségcsomag kidolgozása.
- A stratégia célja között javasolt megjelölni azt, hogy minden beteg hozzáférhessen a szükséges ellátáshoz, hogy javuljon e betegségek

társadalmi elfogadottsága, és hogy csökkenjen a mentális betegségek betegségterhe. Az OECD legfrissebb becslése szerint Magyarországon a mentális betegségek (direkt és indirekt) éves költsége meghaladja a GDP 3,1 százalékát.

- Célszerű lenne egy, a helyi igényekre, szükségletekre és lehetőségekre épülő, a nemzetközi jó gyakorlatok alapján többszintű beavatkozásra képes, lelki egészséggel foglalkozó országos hálózat koncepciójának kialakítása.
- Érdemes törekedni továbbá a lelki egészséget erősítő elemek oktatásba történő bevonására (például: kommunikáció, társas kapcsolati készségek fejlesztése), költséghatékony beavatkozási eszközök támogatására (például: lelki segély-szolgálatok, önkéntes segítő hálózatok), illetve megfelelő (nem csak egészségügyi) szűrési eszközök bevezetésére.
- A munkával összefüggő „kiégés” és a mentális betegségek megelőzése érdekében továbbá elő kell segíteni a stresszkezelési módszerek terjesztését (például: vállalati tréningek). A mentális egészség feltétele a tiszta és rendezett környezet is, így egy köztisztasági program, az erre való tudatos nevelés, valamint a köztisztasággal kapcsolatos szabálysértések következtetéses kezelése is kedvező hatású lehet.

#### 4.3. LELKI EGÉSZSÉG KÖZPONTOK (LEK) ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK (EFI)

Hazánkban jelenleg 93 Lelki Egészség Központ működik, amely a lelki egészséggel kapcsolatos problémák időbeli felismerését és megelőzését célozza meg. A lelki egészséggel kapcsolatos problémák időben történő felismerése, kezelése és az ehhez kapcsolódó információhiány, előítéletek leküzdése óriási kihívást jelent Magyarországon és az egész Európai Unióban. A program a Norvég Alap támogatásával jött létre több mint 1 milliárd forint támogatással.

A 2016. májusban indított, 12 hónapos projekt keretében országszerte 6 pilot helyszínen – Balatonföldváron, Hatvanban, Csongrádon, Szendrőn, Szentgotthárdon, Baktalórántházán – működő Egészségfejlesztési Irodák kiegészülnek a Lelki Egészség Központokkal. A LEK feladata, hogy feltérképezze az adott járásban a lelki egészséget érintő legfontosabb problémákat, összegyűjtse és értékelje a mentális problémák megelőzésével, kezelésével kapcsolatos jó gyakorlatokat, valamint képzésekkel és a preventív-integratív szemléletmód terjesztésével erősítse a szakemberek és segítők együttműködését. A LEK munkatársak feladata közösségi szintű egészségfejlesztési és prevenciós tevékenységek megvalósítása, így egyéni tanácsadást és természetesen diagnosztikai vagy terápiás gyakorlatot nem folytathatnak. Szintén a projekt keretében létrejön egy Módszertani Központ is, mely tananyagok, eljárásrendek és ajánlások kidolgozásával teljes körű szakmai támogatást nyújt az Lelki Egészség Központok munkájához. A projekt megvalósítása során nagy hangsúlyt helyeznek arra, hogy helyi médiakampány és rendezvények segítségével felhívják a magyar lakosság figyelmét a mentális tünetek korai felismerésére, kezelésének fontosságára, az ezzel kapcsolatos személyes és közösségi felelősségre, a releváns információkra és az egészségtudatos életmód szükségességére is [3].

Az Egészségfejlesztési Irodák anyagi hátterét eleinte a Norvég Alap támogatása, majd az Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése című EFOP és VEKOP Projektek biztosították.

Jelenleg több mint 100 Egészségfejlesztési Irodát tartanak nyilván, amelyekhez 93 Lelki Egészség Központ is csatlakozott. Megjegyzendő, hogy Egészségfejlesztési Iroda létesítésére nem kizárólag egészségügyi ellátó intézmény, hanem önkormányzatok is pályázhattak, azonban a legtöbb Egészségfejlesztési Iroda kórházhoz csatlakozik. Az EFI Irodák és LEK Központok is eltérő ütemben létesültek, így 2020 végén

feltételezhetően van köztük olyan, amely szerződése, projektteljesítési időszaka, vagy fenntartási időszaka lejár.

**Az Egészségfejlesztési Irodák alapvető működési célja és feladata az egészségre nevelés, edukáció és primer prevenció a társadalom és az adott lakóközvet minél szélesebb körű elérésével.** Az irodák tevékenységében külön hangsúlyt kaptak a gyermekkori elhízás, az időskori mozgásszervi megbetegedések, a felnőttkori mozgásszegény életmód, illetve annak következményei, a kardiovaszkuláris megbetegedések és a kémiai addikciók kérdéskörei. Az Irodák jellemzően klinikai szakpszichológusokat, szakápolókat, pszichológusokat, mentálhigiénés szakembereket, ápolókat, dietetikusokat, gyógytornászokat, fizioterápiás szakembereket foglalkoztatnak.

Az Egészségfejlesztési Irodák szakmailag támogatják az egészségügyi ellátókat, a szociális szektor szolgáltatóit, önkormányzatokat, kormányzati szervekkel és intézetekkel kapcsolatot tartva, aktív szereplői és biztosítói az információ áramlásának. Támogatják továbbá a házi orvosi praxisközösségek számára kiírt országos ún. „Három generációval az egészségért” programot, melynek célja a szív- és érrendszeri prevenciós és gondozási, a rosszindulatú daganatos betegségek szűrését és korai felismerését elősegítő, valamint a gyermekek körében végzett egészségfejlesztési programok megvalósítása, illetve a lelki egészség támogatása.

**Az EFI munkatársak talán legfontosabb tevékenysége a kapuőr funkció, amely a szűrések elősegítését, az edukációt és a tünetek fennállása esetén a megfelelő továbbirányítási út meghatározását jelenti.**

Összességében elmondható, hogy a Lelki Egészség Központok és Egészségfejlesztő Irodák egyértelmű szolgáltatási hézagot próbálnak betölteni az egészségügy és a társadalom összekapcsolása terén.

A hazai szakértőkkel folytatott megbeszélések alapján ugyan a fentiekben részletezett program céljaiban egyetértés mutatkozott, illetve a program működése előremutatónak tekinthető, azonban a hazai klinikai gyakorlatban nagyon kevés tapasztalat van ezen Lelki Egészség Központok és Egészségfejlesztési Irodák valós működésére vonatkozóan. A hazai szakorvosok csak elvétve találkoznak olyan betegekkel, akik kapcsolatban lettek volna ezekkel a szervezetekkel.

#### **4.3.1. PÉLDA EGY JÓ GYAKORLATRA A LEK-MŰKÖDÉS KAPCSÁN**

Az Észak-Közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelő Egészségfejlesztési Irodája 2018. év decemberében kezdte meg működését, Lelki Egészség Központtal kiegészülve. A fentebb említett fizikai egészséget és szomatikus problémákat felölölő tevékenységek mellett a LEK munkatársai nagy hangsúlyt fektetnek a mentális zavarok megelőzésére, a pozitív lelki egészségkép kialakítására. Ez alapvető célkitűzésként jelent meg minden LEK Központ esetén. Ahogyan az Egészségfejlesztési Irodák, a Lelki Egészség Központok tevékenységének egy része is meghatározott, a Módszertani Központ ajánlásai szerint kötött, azonban az alprogramok feltöltése sokszínű lehet.

A keretek megtartása mellett az azokban rejlő lehetőségekkel élve a Szent János Kórházhoz kapcsolódó EFI-LEK Központban helyet kapott baba-mama-papa klub, művészetterápiás workshop, a mentális zavarokra kiterjedő antistigma kampány, és az országban új területnek minősülő viselkedéses addikciókról szóló lakossági edukációs programok is. A hagyományos tevékenységek között a relaxációs tréningeket, a kiégést megelőző foglalkozásokat, egyéni konzultációkat említhetjük.

A program kiemelt területe volt a kapcsolattartás a területileg, vagy akár a térségileg és országosan érintett egészségügyi ellátó szervezetekkel, így az Egészségfejlesztési Iroda két

háziiorvosi praxisközösség munkáját segítette. Ehhez a praxisközösségek a „Három generációval az egészségért” programban tudtak pályázni. A programban kiemelendő jó gyakorlat, hogy a mentális egészség fenntartására és a mentális zavarok szűrésére is volt lehetőség. A depressziószűrés, a kiégés megelőzés, a stressz, a kardiovaszkuláris megbetegedési rizikó és a vastagbél-szűrés mellett az időskori demenciák és az Alzheimer-kór felmérése és szűrése valósult meg.

#### **4.4. HAZAI DEPRESSZIÓ-ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZŐ PROGRAMOK**

A hazai klinikai és nem klinikai szakértőkkel folytatott interjúk alapján a kiskunhalasi és szolnoki vizsgálatokhoz hasonlóan jó hazai gyakorlatnak tekinthető minden olyan példa, amely a pszichiátria bevonását jelenti bármely más társszakma munkájába. Ilyenek pl. a háziiorvosi ellátás során megjelenő pszichiáterek és klinikai pszichológusok, akik segítik a háziorvos munkáját, felhívják a háziorvos figyelmét a mentális betegségek jelentőségére, továbbá diagnosztizálják a háziorvos által nem detektált mentális betegségeket, ezáltal csökkentve a pszichiátriai rendelők, osztályok és orvosok iránti félelmet, megnyugtatják a betegek állapota kezelhetőségét illetően. Mindezzel csökkenthető a társadalmi stigmatizáció, illetve mind a pszichiátriai szakellátás, mind az alapellátás belelát egymás munkájába, amivel a két ellátási szint közötti kommunikáció hatékonysága jelentősen javul. Azonban ilyen gyakorlatok (pl. csoportpraxis keretei között létrehozott pszichiátriai konzílium) hazánkban nagyon ritkák, amely többek között a pszichiáter szakorvos alapellátásban való részvételéért járó finanszírozás teljes hiányára vezethető vissza.

A depresszió társadalmi szinten történő hatékony kezeléséhez elengedhetetlen a depressziós betegekkel foglalkozó betegszervezetek és lelkisegély-vonalak működése. Hazánkban több ilyen beteget segítő szervezet is működik,

többek között a Búra Alapítvány, a Lélekben Otthon Alapítvány vagy a Betegszervezetek Magyarországi Szövetsége (BEMOSZ). A betegszervezetek segíthetnek a depresszió társadalmi elfogadottságának növelésében, a támogató légkör megteremtésével segíthetnek a betegeknek feldolgozni a betegségüket, továbbá a befejezett öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek számának csökkentésében is jelentős szerepet játszhatnak. A Magyar Lelki Elsősegély Telefon-szolgálatok Szövetségének tevékenységét a 2.5.1. alfejezet alatt érintettük.

A betegszervezetek, civil szervezetek társadalmi elérése is rendkívül fontos. Ennek egyik kiemelkedő példája a Mélylevegő Projekt, amely a közösségi médián keresztül igyekszik tájékoztatást nyújtani a hangulatzavarokról, tudományosan és érthetően. A projekt kimondott célja a hangulatzavarokat övező megbélyegzés elleni fellépés. A közösségi oldaluk sikerességét és további ilyen oldalak létrejöttének szükségességét a több mint 60 ezer követőjük mutatja, amely azt jelenti, hogy hazánkban is van igény ilyen tartalmakra.

Mindezek ellenére a hazai szakértőkkel folytatott konzultáció alapján hazánkban megfigyelhető jelenség az utóbbi 20 évben a depresszióval és öngyilkossággal foglalkozó betegszervezetek és alapítványok számának csökkenése. Míg a 2000-es évek elején még több tíz ilyen jellegű szervezet működött, addig mára ez a szám csak néhány szervezetre korlátozódik.

## **4.5. ELŐREMUTATÓ ÉS KÖVETENDŐ NEMZETKÖZI PÉLDÁK**

### **4.5.1. EURÓPAI SZÖVETSÉG A DEPRESSZIÓ ELLEN**

A Magyar Nemzeti Bank fentiekben részletezett versenyképességi programjában is kiemelte követendő nemzetközi gyakorlatként az ún. „Európai Szövetség a Depresszió Ellen” (EAAD – European Alliance Against Depression) nevű

kezdeményezést. A program Európa számos országában (17 országban, köztük Magyarországon is) jelen van több mint 100 regionális hálózati tagján keresztül. A program fő célja egy 4 szintű megközelítés segítségével a befejezett öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek csökkentése, amelyben a program bevezetésének segítségével 24%-os csökkenés volt megfigyelhető mindössze 2 év alatt [85].

A program alapelve a többszintű beavatkozás, amelynek keretében a helyi erőforrásokra támaszkodva a háziorvosok, közösségi segítők képzése, összefogása, magas kockázatú csoportok felé nyújtott szolgáltatások fejlesztése és a lakossági kampány eszközeivel éri el a kívánt hatást. Hazánkban az EAAD program bevezetését Kopp Mária kezdte el 2004-ben, mellyel a szolnoki beavatkozás során (2005–2007) az öngyilkosságok számának jelentős, 60%-os csökkenését érte el. Az EAAD program hazai vizsgálatát részletesen a "szolnoki" projekt név alatt az előbbieken ismertettük [81]. Hazánkban a Végeken Egészségilektani Alapítvány vállalta el az EAAD magyarországi képviselőt és a program országos szintre történő kiterjesztését [86].

Az EAAD 4 alapelve a következő:

- **Alapellátás és mentális egészség biztosítása:** A háziorvosok és gyermekorvosok szakirányú továbbfejlesztése a mentális betegségek felismerése és kezelése, illetve az öngyilkosságok megelőzése céljából.
- **A depresszióval kapcsolatos általános tájékoztatási kampányok indítása:** nagyszabású figyelemfelkeltő kampányok véghezvitele (pl. plakátok, mozifilmek, tájékoztató füzetek és prospektusok, nyilvános események és internetes jelenlét). Célja a depresszió általános ismereteinek javítása, valamint a depresszió és az érintett egyének megbélyegzésének csökkentése.



- **Betegek, nagy kockázatnak kitett csoportok és hozzátartozók:** A nagy kockázatú csoportoknak (elsősorban serdülőkori válságban lévő fiataloknak és öngyilkossági kísérlet utáni személyeknek és családtagjaiknak) garantálják az öngyilkossági válsághelyzetben a szakmai segítség közvetlen elérését betegszervezetek és telefonos lelkisegély-szolgálatokon keresztül.
- **Közösségi segítők képzése:** Oktatási foglalkozásokat tartanak különféle célcsoportok számára, amelyek fontos szerepet játszanak a depresszióval kapcsolatos ismeretek terjesztésében (pl. egészségügyi szakemberek, papok, tanácsadók, rendőrség, tanárok).

Hazai szakértőkkel folytatott konzultációk alapján az ilyen és ehhez hasonló figyelemfelkeltő programok és tájékoztató kampányok pontosabban ezek alacsonyabb szinten, de folyamatosan fenntartott formái nagyon fontosak lennének Magyarországon is. Hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján ugyanis a programok befejezése utáni években kisebb-nagyobb növekedés figyelhető meg az adott térség öngyilkossági halálozásában [80-82], de mint a svédországi Gotland vizsgálat is bizonyítja, a megismételt programok újra hatékonynak bizonyulnak [82, 87].

#### 4.5.2. E-MENTÁLIS EGÉSZSÉG PROGRAMOK

Elsősorban a fiatalok megszólításához a mai világban már elengedhetetlen a különféle digitális technológiák bevonása akár a megelőzési fázisba, akár magába az ellátásba.

Egy multidiszciplináris projekt jött létre e-mentálhigiénés eszközök bevezetésére Északnyugat-Európában. A projekt magán- és állami intézményekkel együttműködve kísérli meg a digitális eszközök bevezetését a valós egészségügyi szolgáltatásokba, többek között kiképezve a terapeutákat a digitális eszközök gyakorlati alkalmazására, és a digitális eszközök

helyi irányelvekbe történő beépítésével ösztönzi a digitális eszközök fejlesztését és hatékony implementációját az ellátásba. A projekten keresztül megvalósított depresszió-specifikus digitális eszközök a következők: [15]

- **Moodbuster** (Manchester, Egyesült Királyság): Egy olyan alkalmazás, amely lehetőséget kínál online kognitív viselkedésterápia igénybevételére, továbbá figyeli a beteg hangulatát, tevékenységeit, alvását és társadalmi kapcsolatait. Jelenleg az alkalmazás továbbfejlesztés alatt áll a pilot verzió tapasztalatai alapján.
- **Stop Blues** (Franciaország): böngésző- és mobil alapú öngyilkosság- és depresszió prevenciós alkalmazás a lakosság számára, amely információt nyújt, továbbá elsődleges és másodlagos megelőzést nyújt. A programot Franciaország 44 régiójában tesztelték közel ötmillió felhasználóval.
- **MindWise/eWell** (Írország): Online kognitív viselkedésterápiát biztosít a felhasználói számára.
- **Pesky gNATS** (Írország): Játékos kognitív viselkedésterápia depressziós gyermekek számára.

A fentiekhez hasonló digitális program működik Szlovákiában is gyerekek és serdülők számára, This is Me néven. A felhasználók kérdéseket tehetnek fel vagy problémákat oszthatnak meg online, amire egy szakértői team válaszol. Ezt az e-tanácsadást az iskolákban kialakított önképfejlesztő előadások révén is támogatják. A program célja a serdülők mentális egészségügyi ellátásának javítása, illetve a serdülők pozitív önértékelésének erősítése társadalmi és érzelmi képességek és más életkompetenciák fejlesztésével [15].

Hazai szakértőkkel folytatott megbeszélés alapján hazánkban is vannak a fentiekhez hasonló

kezdeményezések. Egy 6 modulból álló online, önszorgató, kognitív viselkedésterápiás program ingyenesen elérhető az arra rászorulóknak számára, alapfeltétele mindössze egy szakemberrel lefolytatott találkozás.

#### 4.5.3. ÖNGYILKOSSÁG-PREVENCIÓS PROGRAMOK ÉS KAMPÁNYOK

**2005-ben Írországban egy Nemzeti Öngyilkossággal Kapcsolatos Prevenciós Irodát hoztak létre** (Ireland's National Office for Suicide Prevention - NOSP), melynek célja a kidolgozott öngyilkosság-megelőzési nemzeti stratégia (Reach out) végrehajtásának támogatása, tájékoztatása, nyomon követése és koordinálása. A NOSP előnye, hogy képes az egészségügyi ellátás különböző területeinek együttes monitorozására, így átfogó képet tud nyújtani az öngyilkossági prevenciós intézkedések teljesüléséről [15].

**A Svájcban indult Speech can Save elnevezésű kampány célja az öngyilkossági kísérletek és a befejezett öngyilkosságok számának csökkentése felnőttek és serdülők körében,** a válsághelyzetben élő családtagokkal és barátokkal folytatott nyílt beszélgetések fontosságának hangsúlyozásával. A Speech can Save a közösségi média és online algoritmusok segítségével azonosítja a magas kockázatú személyeket („trigger” szavak vagy kifejezések segítségével). Az azonosított személyek figyelemfelkeltő reklámokkal találkozhatnak, amelyek egy olyan webhelyre vezetnek, ahol az egyének az öngyilkosságra vonatkozó információkat és segélyvonalak elérhetőségét találják. A kampány plakátok kihelyezését is magában foglalja iskolák, egyetemek és más, a fiatalok által kedvelt környezet közelében [15].

Hazánkban a depresszióra és öngyilkosságra fordított népegészségügyi figyelem a politikai döntéshozók körében rendkívül alacsony. Annak ellenére, hogy a depresszió és mentális betegségek megelőzése belekerült a Magyar Nemzeti Bank versenyképességi stratégiájába, megvalósítása megfelelő egészségpolitikai szakemberek bevonása, illetve a szakpolitika támogatása nélkül kérdéses.

Hazai szakértők megkérdezése alapján, hazánkban a depresszióval kapcsolatban tevékenykedő betegszervezetek, alapítványok száma az utóbbi években megfogyatkozott, továbbá a jelenleg is működő egyéb szervezetek (pl. Lelki Egészség Központ) a betegellátásba eddig nem integrálódtak kellően és uniós támogatásának lejártával valószínűsíthetően jelentős forrásproblémákkal fognak küzdeni.

A hazai betegszervezetek, alapítványok és prevenciós programok hiánya a terápiarezisztens depressziós betegeket is hátrányosan érinti. A terápiarezisztens depresszióban szenvedő betegek számára a kiemelt szakmai segítség (a pszichiátriai ellátás keretében nyújtott hatékony gyógykezelés, lelki segítség szakemberek, betegszervezeti csoportok) nyújtásának széles körben való elterjesztése nélkülözhetetlen.

**Számos hazai (ld. kiskunhalasi, illetve szolnoki vizsgálat) és nemzetközi előremutató és követendő példa van a depresszió és öngyilkosságok prevenciójával kapcsolatban, illetve betegség stigmatizációjának csökkentése érdekében.** A fiatalok megszólításával kapcsolatos e-mentális programok hatékonyak lehetnek a fiatalkori öngyilkosságok megelőzésében [9, 11, 22, 80-82].



## 5. FEJEZET

# Felmért problémák összegző bemutatása a hazai MDD ellátás kapcsán

"Olyan mintha az egész világ egy szürke tenger lenne. Be van borulva az ég, te meg csak ott lebegsz és nézel felfelé. Néha csak ennyi történik és egy centit sem tudsz mozdulni, mert a víz sem mozog. Van, amikor **már süllyedsz és fulladozol, a végtagjaidon vasláncok, amik húznak lefelé.**"

"Én ezeket hallottam a családomtól: „Nem fog segíteni rajtad se gyógyszer, se terápia, mert csak magadon tudsz segíteni.” „**Ha csinálnál valamit, nem lenne időd depressziósnak lenni.**” „**Keress valamit, amiben örömet leled,** ne gyártsd a kifogásokat.” „Ez a probléma egyszerűen nem létezik, te nem vagy depressziós, hiszen nincs okod rá.” „Tudjuk, hogy te szeretsz kitalálni magadnak betegségeket.”

"Olykor nem tudom ellátni magam és ez nagyon ijesztő."

**"A szakértő segítség sajnos nem mindenkinek elérhető.**

Több oka van: ahhoz, hogy az állami rendszerben pszichológust kapj, szükséges a pszichiáter bevonása. És sokan találkoztak azzal, hogy azt mondták nekik, csak 12 alkalmat biztosítanak. A magánsektorban pedig mélyen a zsebedbe kell nyúlni... A harmadik nehézség, hogy megtaláld a megfelelő terapeutát, mind képzettségben, mind terápiában, akivel együtt tudtok dolgozni."



Magyarországon a major depressziós betegek terápiája nem kap megfelelő figyelmet az egészségügyi szakpolitikában: a pszichiátriai szakirodalmon kívül sajnálatosan kevesen és ritkán foglalkoznak az egyébként jelentős társadalmi és gazdasági problémákat okozó betegséggel, annak ellenére, hogy az MDD egy igen jelentős nagyságrendű populációt érintő kórkép.

Általánosságban elmondható, hogy a major depresszió okozta társadalmi terhekről és károkról a laikus lakosság, illetve a hazai egészségpolitikai döntéshozók nem, vagy csak részben rendelkeznek információval.

A betegséggel kapcsolatban számos tévhit él az emberek fejében, az azonban egyértelműen megállapítható, az öngyilkos magatartáson túl az MDD depresszív epizódjai jelentős életminőségcsökkenést eredményeznek a betegek számára, továbbá a betegségük kihatással van a munkájukra, családi szerepükre és hozzátartozóik életére, illetve és szociális hálójukra is. Ahogy az korábbi fejezetekben bemutatásra került

- **a major depresszió a beteg életének szinte minden területén negatív hatást fejt ki, a betegség hatásai nem korlátozódnak csupán a betegre; jelentős életminőséget befolyásoló tényezőként van jelen a beteg családjában, baráti körében, munkahelyén is;**
- az MDD okozta életminőség-csökkenés más, nagy betegpopulációjú krónikus betegségekkel hasonló mértékű;
- a major depresszió jelentős hatással van a betegek családjára is: az egy háztartásban élők családi funkcionálitása romlik, a betegek kevesebb közös programon vesznek részt; súlyos esetekben a betegek szinte teljesen „kiesnek” a családi életből, körükben magas a válás, rokonok kapcsolatok romlásának kockázata;
- a major depressziós betegek betegségből fakadóan rengeteget hiányoznak a munkahelyükről, illetve csökkent teljesítménnyel

képesek csak dolgozni, ami akár a munkahelyük elvesztéséhez, illetve tartós munkanélküliséghez is vezethet;

- az MDD-hez gyakran egyéb kórállapotok is társulnak, mint pl. másodlagos alkoholizmus, kardiovaszkuláris megbetegedések, étkezési zavarok, elhízás vagy cukorbetegség. Ezen komorbiditások jelenléte tovább rontja a major depressziós betegek egyébként is rossz életminőségét;
- a major depresszió szoros összefüggést mutat a befejezett öngyilkosságokkal, kutatások szerint az öngyilkosságot elkövetők 65-75%-a major depresszióban szenved az öngyilkosság elkövetésekor. Ez azt jelenti, hogy **a 2019-ben bekövetkezett 1550 hazai befejezett öngyilkosságból hozzávetőleg 1000 eset az MDD-hez kapcsolható;**
- a megkérdezett klinikai szakértői vélemények alapján a terápiarezisztens major depresszió a kezelt betegek 8-10%-át érinti, a terápiarezisztens depresszióban szenvedő betegek életminősége hatványozottan rosszabb, mint a nem terápiarezisztens társaiké. A betegek képtelenek munkát vállalni, családi-baráti kapcsolataik diszfunkcionálissá válnak, számukra gondot okoz akár a mindennapi önellátás is;
- az MDD okozta teljes teher megközelítőleg 370 milliárd forint nagyságrendűre becsülhető Magyarországon évente.

A feltárt negatív hatások, a betegséghez társuló kísérőbetegségek és gazdasági terhek okán a major depresszió megfelelő kezelésére mind nagyobb hangsúlyt szükséges fektetni.

A feltárt betegségteher arra hívta fel a figyelmet, hogy a hazánkban rendelkezésre álló terápiás alternatívákat, illetve az ellátórendszer értékelné és megerősíteni szükséges, indokolt azon főbb problémák feltárása, amelyek feloldása révén a jelenlegi ellátórendszer hatékonyságának javítása megvalósulhat.

## 6. FEJEZET

# Következtetések, megoldási irányok, javasolt lépések összegzése

*"Ami nekem nagyon rossz volt, és mély nyomot hagyott, az az, hogy sok ember nem veszi elég komolyan a depressziót. Talán azért, mert sose tapasztalták, el se tudják képzelni azt a reményvesztett látásmódot, amivel jár ez az egész. **Szeretném, ha meg nem is értik, próbálják meg elfogadni és komolyan venni...**"*

*"Azt hiszem, azért nem kértem segítséget mert féltem attól, hogy nem veszik elég komolyan a dolgot. **"Nem kézzelfogható és nem is látszik a probléma, úgyhogy nem is komoly..."***



A feltárt terhek és problémák alapján hazánkban a major depressziós betegek kezelése során rendszerszemléletű („holisztikus”) megközelítést és ellátást kell előtérbe helyezni.

A rendszerszemléletű ellátórendszerben az általában hagyományosan alkalmazott nem gyógyszeres és gyógyszeres terápiákon kívül, előtérbe kerül a betegségre való figyelemfelhívás, megelőzés és edukáció, ezáltal a stigmatizáció csökkentése, továbbá mind az alap-, mind a szakellátás továbbképzése és kapacitásainak bővítése, terápiás irányelvek frissítése, illetve a szakmák közötti kommunikáció és betegkövetés elősegítése.

**2.** A major depresszióhoz kapcsolódó egyéb szakmai irányelveket, ajánlásokat is szükséges frissíteni; a felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről szóló szakmai irányelv naprakész (érvényes 2020.10.04.-ig), azonban pl. a lelki elsősegély telefonszolgálatok működéséről szóló szakmai módszertan már több mint 12 éves. Bár kétségtelen, hogy ez utóbbiban lefektetett alapelvek és az eljárási rend a dolog természetéből kifolyólag nem változtak az utóbbi 12 évben, és e téren már lényeges, új szempont már nemigen fog felmerülni, a formális frissítés mégis indokolt.

## TERÁPIÁS IRÁNYELVEK AKTUALIZÁLÁSA/FEJLESZTÉSE

Figyelemfelhívás,  
megelőzés és edukáció

Alapellátás-fejlesztés

Járó- és fekvőbeteg  
szakellátás fejlesztése

AZ ELLÁTÁS SZINTJEI ÉS A TÁRSSZAKMÁK KÖZÖTTI KÖLCSONÖS KOMMUNIKÁCIÓ ÉS BETEGKÖVETÉS

**16. ábra:** A major depresszió ellátásának rendszerszemléletű megközelítése

Összegzően az alábbi javaslatok fogalmazhatók meg:

### TERÁPIÁS IRÁNYELVEK, SZAKKÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

**1.** A pszichiáter szakorvos képzést és kötelező továbbképzést szolgáló tankönyvek és szakcikkek folyamatos megjelenése mellett az unipoláris depresszió diagnózisáról és kezeléséről szóló, hamarosan elkészülő új irányelvnek mind szélesebb körben történő ismertetése szükséges. Bár vezető hazai szakértők két-három évente rendszeresen közölnek háziorvosoknak szóló szakmai folyóiratokban a depresszió felismeréséről és kezeléséről szóló cikkeket, és tartanak továbbképző előadásokat, javasolt az elkészülő szakmai irányelv alapján egy „kivonat” készítése az alapellátók részére, hogy a háziorvosok is rendelkezzenek megbízható szakmai alapokkal, standardizált kezelési utakkal a depresszió terápiájában.

**3.** A finanszírozási protokollok<sup>7</sup> aktualizálása, kialakítása során a rendelkezésre álló publikus forgalmi és epidemiológiai adatokat (NEAK, ÁEEK adatbázisok) a jövőben célzottan szükséges alkalmazni a terület jobb és akár célzott feltárása, megismerése érdekében. Az epidemiológiai, betegforgalmi adatbázisok gyakoribb, célzott felhasználásával az alkalmazott terápiák eredményességének monitorozása is megvalósulhatna (akár országos vagy régiós összevetésben).

### FIGYELEMFLHÍVÁS, MEGELÖZÉS ÉS EDUKÁCIÓ

**1.** A bemutatott klinikai és gazdasági terhek mérséklése érdekében a betegség korszerű ellátását az egészségügyi kormányzat fókuszált figyelmre kell, hogy övezze.

– Mivel korlátozottak a rendelkezésre álló pénzügyi erőforrások, így ellátásfejlesztési

programok kijelölése során olyan betegség-területekre érdemes koncentrálni, amelyeknek jelentős a lakossági egészségvesztése, és emellett a betegség kezelése kiemelkedő pénzügyi terhet ró az egészségügyi finanszírozóra, a szociális alrendszerekre és a betegekre. A major depresszió ilyen terület; az életminőség romlásában, a jelentős direkt és indirekt kiadásokban jelentkező betegségterhet figyelembe véve az MDD hatékonyabb ellátása szakmapolitikai priorítás kell legyen hazánkban.

**2.** A mentális betegségeket, benne a major depressziót övező társadalmi stigmatizálást a hatékonyabb kezelés érdekében csökkenteni szükséges. A pszichiáter szakma részéről jó gyakorlatok összegyűjtésével, mindezek alapján különböző országos népegészségügyi programok és átfogó kampányok szervezésével sikeresen növelhető lenne az MDD és így a többi mentális betegség társadalmi elfogadottsága is. Ez egyrészt csökkenthetné a hazai – igen jelentős – kezeletlen betegpopuláció nagyságát, másrészt a betegek által megélt életminőséget is jelentősen javíthatná (amennyiben a beteg a családja, barátai és munkatársai körében egy szupportív hangulatú légkört tapasztalna). A kampányok kapcsán a legfontosabb elvárás a folyamatos jelenlét, azaz annak elérése, hogy a betegek ne csak időszakos tájékoztatásban részesüljenek.

- Megjegyezzük, jelentősen csökkenti a stigmatizációt, amennyiben a pszichiáter szakma integrált az orvosi ellátásokba, az lakosságközeli, illetve, ha (a vezető) intézményeit nem éri hátrányos megkülönböztetés (kitekintés, többi szakmától távoli elhelyezés, osztályok, gondozók és rendelők állapota érje el az „átlagos” orvosi rendelők fizikai állapotát és felszereltségük legyen a szakmai igényeknek megfelelő).
- Szükséges továbbá ösztönözni a fiatal, pályaválasztás előtt álló orvostanhallgatók

pszichiátria iránti érdeklődését, hogy az ellátórendszer képes legyen kezelni a vázolt nagyságú betegpopulációt. Az orvostanhallgatók fokozott bevonása a pszichiátriai ellátásba a szakma destigmatizálását is elősegíthetné. Mindent meg kell tenni, hogy a jelenleg külföldön dolgozó több mint 100 pszichiáter szakorvos közül egyre többen térjenek haza, ebben jelentős szerepe lehet a nemrég elfogadott orvosi béremelésnek. A szakorvoshiány mellett a szakdolgozók és szakasszisztensek területén is jelentős hiány mutatkozik, így az ő képzésük és pótlásuk is elengedhetetlen.

Bár a pszichiátriai betegek öngyilkossági rizikójának felmérése és a szuicídium lehetőség szerinti megelőzése minden pszichiáter szakorvosnak szakmai feladata és kötelessége, a társadalmi stigmatizálás csökkentése mellett az öngyilkosságok megelőzése érdekében országos prevenció programok indítása szükséges (akár területileg/korosztályosan célzottan, a rendelkezésre álló egészségügyi statisztikák szerint).

Az öngyilkosságok megelőzésében mind az állami prevenció programoknak, mind a hazai civil és betegszervezeteknek, illetve alapítványoknak jelentős szerepük van, szerepüket/bevonásukat erősíteni szükséges (jelenleg marginális számú, célzott öngyilkossági prevenció program működik az országban).

## **ALAPELLÁTÁS**

**1.** Az alapellátásban dolgozók érzékenyítése indokolt a mentális zavarok iránt, illetve ezáltal az alapellátás hatékonyabb bevonását szükséges ösztönözni a pszichiátriai ellátásba. Az alapellátás eredményesebb közreműködésével a depresszió enyhe tüneteit mutató betegek egy részének kezelése az ellátórendszer legáltalánosabb szintjén sikeresen megtörténhetne, így a szűk kapacitásokkal rendelkező szakellátásban több idő jutna a közepesen súlyos és súlyos betegek (megjegyezzük, a családorvosi

praxisok támogatására létrejött ún. 3-generációs pályázatoknak a depresszió szűrése, ellátása már integráns része). A pszichiátriai járóbeteg-ellátás (gondozóintézetek és szakrendelések) területén mutatók jelentős kapacitásbeli és területi ellátási kötelezettségbeli egyenetlenségek csökkentése feltétlenül indokolt.

**2.** Az alapellátás magasabb fokú bevonását több módszerrel is lehet segíteni/ösztönözni: akár a háziorvosok felírási jogkörének módosításával (szakvizsgálóhoz/licencvizsgálóhoz kötve), akár a pszichiátriai konzultációk – finanszírozott – végzésével, elterjesztésével (ehhez új diagnosztikai és terápiás OENO kód definiálása szükséges).

**3.** Az alapellátás pszichiátriai jellegű munkájának hatékonyabbá tételéhez szükséges lenne egyrészt a háziorvosok most is létező, de nem kötelező akkreditált pszichiátriai szakirányú továbbképzésének kötelezővé tétele, másrészt a pszichiáterek, pszichológusok alapellátási munkában való részvételéért járó finanszírozás megreformálása.

**4.** A háziorvosok szerepét a mentális betegségek felismerésében, ellátásában akár addicionális finanszírozási ösztönzőkkel is erősíteni lehet: a 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendeletben rögzített háziorvosi indikátorok közé a „gondozásban részesült cukorbeteg aránya” vagy az „ischemiás szívbeteg gyógyszeres kezelésének megfelelése” finanszírozási indikátorok mintájára akár új – mentális betegségek felismerését célzó – finanszírozási mutatók integrálása előremutató lépés lehet (a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok által végzett minőségi és hatékony tevékenységek ösztönzése érdekében 2009 első félévében országosan egységes indikátorrendszer kidolgozására került sor; az indikátorrendszer kiemelt célja volt, hogy az ellátás minőségi színvonala emelkedjen, valamint javuljon az egészségügyi ellátás hazai és nemzetközi megítélése).

**5.** Nemzetközi gyakorlat és a 2016-ban publikált hazai javaslat alapján [23] a háziorvosi ellátásban érdemes lehet bevezetni a legsúlyosabb mentális betegségeket kiszűrő, 5-10 kérdést felölelő gyorseszteket. A depresszió szűrésére számos validált kérdőív létezik. A háziorvosoknál megforduló betegek körében végzett vizsgálatokban használható főbb skálák: Rövid Beck Depresszió Kérdőív (9 tétel), Rövid Beck Reménytelenség Skála (4 tétel). Mindkettő a háziorvosi törzskarton kötelező része, tehát könnyen elérhető. A 4. ábrán bemutatott, a Rövid Beck Reménytelenség Skálát és a Rövid Beck Depresszió Kérdőívet felhasználó, háziorvosok számára készült, a depresszió és öngyilkossági veszély szűrésére szolgáló algoritmus évek óta rendelkezésre áll, és több, háziorvosoknak szóló fórumon is publikálásra került, illetve az említett kérdőívek a háziorvosi törzskartonba is bekerültek [23]. Ajánlott még a geriátriai depresszió-kérdőív, mentális zavarok szűrése az alapellátásban kérdőív (Primary care evaluation of mental disorders, PRIME-MD) vagy PHQ-9 kérdőív (Patient health questionnaire-9). Kiemelt érdek, hogy a felismerés, korai szűrés a háziorvosok kiemelt feladatává váljon [23, 82, 87].

**6.** A nem praxis-közösségben dolgozó háziorvosi ellátások klinikai szakpszichológussal való megerősítése. Mindez elősegíthetné a – korábbi pontban jelzett – szűréssel járó fokozott betegigény kielégítését is.

## JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS

**1. A súlyos MDD-s betegek ellátásának hatékonyságának növeléséhez elengedhetetlen a hazai járó- és fekvőbeteg szakellátás fejlesztése.** Önmagában az MDD hatékony ellátására csak az infrastruktúra-fejlesztés vagy a rendelkezésre álló kapacitások átcsoportosítása nem lehet célravezető, ha azzal párhuzamosan a rendelkezésre álló szakorvosi háttér nem biztosított. Hazánkban mindössze 5-600 pszichiáter szakorvos dolgozik közfinanszírozott szakrendelőben és kórházakban, akik ezt a jelentős

nagyságú betegpopulációt (akár 600 ezer fő) önmagukban képtelenek lennének kezelni (a szakorvosi létszámot a bevezetésre kerülő új jogállási törvény módosíthatja).

**2. A hazánkban elérhető gyógyszerterápiás alternatívákat bővíteni szükséges; bizonyos farmakoterápia-rezisztens betegek esetében szükséges lenne új, innovatív gyógyszerek támogatása** (pl. további MAO inhibitorok vagy a szakirodalomban jól dokumentált vizsgálatok alapján hatékonynak bizonyult esketamin), amivel sok esetben kezelhető lenne a TRD-ben szenvedő beteg. A betegek hatékonyabb kezelése érdekében igény mutatkozik a pszichotróp szerek gyógyszer szintjének monitorozására plazmaszint meghatározással; ennek segítségével, mérsékelt költségek mellett csökkenteni lehetne a farmakoterápia-rezisztens betegek arányát (ez az eljárás egyelőre a Semmelweis Egyetemen érhető el).

**3. A hazai pszichiátriai ellátások (pl. pszichoterápiás ülés) alulfinanszírozása nagymértékben csökkenti a rászoruló betegek hozzájutását a megfelelő és korszerű ellátáshoz, és hozzájárul az állami ellátórendszerben dolgozó orvosok magánszektor felé történő elvándorlásához is.** Szükségesnek mutatkozik a finanszírozási pontok karbantartása/nagymértékű növelése. A pszichoterápiás pontértékek felülvizsgálata nem csupán a beavatkozások költségének elismertetését célozza, de a pontértékek növelésével a közfinanszírozásban dolgozó szakorvosok magánszektorba történő elvándorlása is lassítható. Mindezen túl revidálni szükséges a pszichiátriai konzíliumok pontértékét, továbbá felül kell vizsgálni olyan beavatkozások OENO-törzsbe való integrálását, amelyek jelenleg nem elszámolhatók/lejelenthetőek (pl. gyógyszerek plazmaszintjének meghatározása, farmakogenetikai vizsgálatok, fényterápia, telemedicina bizonyos jól körülírt formái). Mindezek a javaslatok nem csupán a pszichiátriai ellátást, de az MDD-betegek hatékony ellátását (mind szakmai, mind finanszírozási nézőpontot alapul véve) is nagyban elősegítenék.

**4. A hazai pszichiátriai járó- és fekvőbeteg-ellátásba az egynapos sebészet analógiájára szükséges lenne implementálni egy új ellátási formát, ún. Sürgősségi Pszichiátriai Részleget, amelynek elsődleges célja a hospitalizációk számának csökkentése, illetve elkerülése lenne.** Feladata a sürgősséggel beutalt, mentővel beszálított, vagy ügyeleti időben önként jelentkező kliensek szűrése és megfigyelése szomatikus és pszichiátriai szempontból. Az „egynapos” ellátás során pontosan meghatározható lenne a beteg valós terápiás igénye, az új ellátási formával – OPAI tapasztalat alapján – jelentősen csökkenthető lenne az osztályos felvételek száma. Javasolt továbbá, hogy a minimumrendelet rögzítse a pszichiáterek/pszichiátriai team bevonását a sürgősségi ellátásba.

**5. Új integrált ellátási formá(k) bevezetése lehet indokolt már rövid- vagy középtávon is a pszichiátriai ellátás területén; ilyen szolgáltatás lehet például a közösségi krízis-ellátás vagy közösségi pszichiátriai ellátás.** Mindezen túl a nemzetközi gyakorlatban már működő „liaison pszichiátria” hazai integrálása is előremutató fejlesztési törekvés lehet (pl. jól elérhető konzultáció nagy forgalmú családorvosi, belgyógyászati stb. rendelések számára). A liaison pszichiátria a pszichiátria azon ága, amelyik a más orvosi szakterületek és a pszichiátria érintkezési területére specializálódott és amit általában kórházban, vagy más egészségügyi intézményben végeznek. A „konziliáriust” akkor hívják, ha a beteg ellátását végző személyzetnek a beteg mentális állapotával kapcsolatos kérdése van, vagy ha arra kíváncsiak, hogy a beteg mentális állapota hogyan befolyásolja a kezelést.

**6. A Lelki Egészség Központok és Egészségfejlesztési Irodák helyének és szerepének meghatározása, a lakossági tömegkapcsolataik kijelölése és a pszichiátriai betegellátásba való integrálásának megteremtése.** Javasolt a Lelki Elsősegély Szolgálatok megismertetése, a terápiás rendszerbe illesztése, mint preklinikai szint.



## 7. A telemedicina különböző formáit számos szakterület egyre szélesebb körben alkalmazza.

A 157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről már tartalmazta az átmenetileg – azaz a veszélyhelyzet ideje alatt – alkalmazható telemedicinás szolgáltatások körét; ennek részét képezte a pszichoterápia, krízisintervenció, szülőkonzultáció, tanácsadás, szupportív pszichoterápia. A szakorvosi visszajelzések alapján nemcsak vészhelyzetben, hanem általános gyakorlatban is szükséges mind a felnőtt, mind a gyermekellátás fejlesztése érdekében a pszichiátriai szakmában elszámolható telemedicinás kódok definiálása; ehhez új OENO kódok integrálása indokolt a járóbeteg-szakellátási szabálykönyvbe.

**8. A pszichiátriai szakma által többször hangoztatott probléma az F-kódú BNO-k nem pszichiátriai alkalmazása.** A mindennapi gyakorlat azt mutatja, hogy számos esetben pszichiátriai problémák miatt kezelt beteg ellátására nem pszichiátriai osztályon kerül sor. Mindezek okán a járóbeteg szakellátási szabálykönyvet felül kell vizsgálni, hogy az F-kódok alkalmazása csak a pszichiátriai és addiktológiai ellátásban lehessen engedélyezett. Mindez közvetetten kihatással van a pszichiátriai beavatkozás-kódok alulfinanszírozottságára is (azaz a lejelentett pszichiátriai kódok magas aránya, a generált magas támogatás-kiáramlása okán a finanszírozó kockázatot lát a pontok felülvizsgálatában/emelésében).

Megjegyezzük, amennyiben sikerrel járna a konzultációs-kapcsolati szolgálatok fejlesztése, akkor más szakmák járóbeteg-szakrendelése in megjelenhetnek az F-kódok. Ebben az esetben a fenti javaslat akár eltérő módon is felvethető: fekvőbeteg-szakellátásban csak addiktológiai és pszichiátriai osztályok használhassák az F-kódokat, míg a járóbeteg ellátásban azok az ellátók használhassák az F-kódokat, akik alkalmaznak/kooperálnak pszichiáterrel és/vagy pszichológussal. További javaslatunk, hogy a szuicid kísér-

letet elkövető depressziós betegek ellátására csillagos HBCs kerüljön definiálása.

Fontos továbbá, hogy a jelenleg rendelkezésre álló – többnyire NEAK és ÁEEK – adatok strukturált gyűjtése és kiértékelése menjen végbe, az adatok tartalmát területi és országos szinten mind a kezelőcentrumok, mind a döntéshozók megismerhessék. Primer vagy szekunder prevenciós programok, célzott fejlesztési projektek valós hazai forgalmi és epidemiológiai adatokon kell, hogy alapuljanak. Indokolt lehet továbbá a jövőben egy átfogó, országos öngyilkosság-regiszter előkészítése/kifejlesztése is.

## TÁRSSZAKMÁK KÖZÖTTI KOMMUNIKÁCIÓ ÉS BETEGKÖVETÉS

**1. Hazánkban az MDD ellátásával kapcsolatos betegút-menedzsment nem optimális, ebből kifolyólag az ellátás során sok beteg „elvész”, illetve „kiesik” az ellátórendszerből.** Mindezt szükséges lenne fejleszteni az ellátórendszeri szintek és a társszakmák közötti kommunikációt (pl.: folyamatos szakmai konzultáció elvárása meghatározott időközönként területi szakrendelő/gondozó és alapellátók között).

**2. Az egyes terápiák megkezdését követően – akár bizonyos gyógyszerek súlyos mellékhatásai miatt – a betegek sok esetben abbahagyják a terápiát és nem térnek vissza kezelőorvosukhoz.** Ennek elkerülése érdekében szükséges egy nagyobb hatásfokú és hatékonyságú betegkövetési rendszer kifejlesztése (szakorvosok és betegek érdekeltté tétele a szoros szakmai kontrollban). Így csökkenhetne a terápiát elhagyó betegek aránya, és összességében javulhatna az ellátás színvonala. Ehhez azonban több szakdolgozó, pszichiáter és klinikai szakpszichológus szükséges, továbbá az informatikai rendszerek nagyfokú fejlesztése (telemedicina) indokolt a pszichiátriai osztályokon és rendeléseken.

## 7. Irodalomjegyzék

1. Rihmer Z. and Blazsek P., *Az affektív betegségek társadalmi jelentősége, különös tekintettel az auto- és heteroagresszív megnyilvánulásokra.* Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2017. 19: p. 2-3.
2. Szádóczy E., et al., *The prevalence of major depression and bipolar disorders in Hungary.* J. Affect. Disord., 1998. 50: p. 153-162.
3. ÁNTSZ. *Mentális egészségügyi program indul.* 2016 [14/08/2020]; Available from: [http://medicalonline.hu/cikk/antsz\\_\\_mentalis\\_egeszsegugyi\\_program\\_indul](http://medicalonline.hu/cikk/antsz__mentalis_egeszsegugyi_program_indul).
4. WHO, *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimate.* Geneva: 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO., 2017.
5. WHO, *The global disease burden - 2004 update.* 2004 [10/10/2020]; Available from: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf).
6. Murray, C.J.L., et al, *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2012. 380: p. 2197–2223.
7. WHO, *Preventing suicide: A global imperative.* Geneva, 2014. 2014; Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en).
8. Rihmer Z. and Gonda X., *Antidepressant-Resistant Depression and Antidepressant-Associated Suicidal Behaviour: The Role of Underlying Bipolarity.* Depression Research and Treatment, 2011 (Review Article): p. 1-5.
9. Purebl Gy., et al., *Depression, suicide prevention and e-health: situation analysis and recommendations for action,* in *The Joint Action on Mental Health and Well-being.* 2015: Lisboa, Portugal.
10. Ács P., et al., *A fitness (m)értéke. A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei Magyarországon.* Közgazdasági Szemle, 2011. LVI-II. évf.(2011. július–augusztus): p. 689–708.
11. Rihmer Z. and Döme P., *Depresszió és öngyilkosság Magyarországon. Társadalmi jelentőség és a megelőzés eredményei.* Magyar Belorv Arch, 2015. 68: p. 102-105.
12. NICE. *Depression in adults: treatment and management.* 2018 [07/12/2020]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-CGWAVE0725/documents/short-version-of-draft-guideline>.
13. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja - Unipoláris depressziók.* 2008.
14. Szekeres Gy., Bai-Nagy K., and Rihmer Z., *Depressziós zavarok,* in *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve,* 5. átdolgozott, bővített kiadás, Füredi J. and Németh A., Editors. 2015, Medicina Könyvkiadó: Budapest. p. 266-275.
15. Beezhold, J., et al. *A sustainable approach to depression: moving from words to actions.* 2018 [04/10/2019]; Available from: [https://www.healthpolicypartnership.com/wp-content/uploads/A\\_sustainable\\_approach\\_to\\_depression.pdf](https://www.healthpolicypartnership.com/wp-content/uploads/A_sustainable_approach_to_depression.pdf).
16. Torzsa P., et al., *A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban.* Orvosi Hetilap, 2009. 150(36): p. 1684-1693.
17. Faludi G., *Terápiarezisztens depresszió: tények és perspektívák.* Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2002. IV(4): p. 181-182.
18. Rihmer Z., et al., *Antidepressívum-rezisztens depresszió és bipoláris spektrum kapcsolata - diagnosztikai és terápiás szempontok.* Psychiat Hung, 2016. 31(2): p. 157-168.
19. Zisook, S., et al., *Effect of age at onset on the course of major depressive disorder.* Am J Psychiatry, 2007. 164: p. 1539-46.
20. Döme P., et al., *Clinical characteristics of treatment-resistant depression in adults in Hungary: Real-world evidence from a 7-year-long retrospective data analysis.* Plos One., 2021. 16(1): p. e0245510.
21. Cuijpers, P., Beekman A.T.F., and Reynolds C.F., III. *Preventing depression. A global priority.* JAMA, 2012. 307: p. 1033-1034.
22. Rihmer Z., et al., *A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről.* Psychiat Hung, 2017. 32(1): p. 4-40.
23. Rihmer Z. and Torzsa P., *A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban.* Háziorvos Továbbképző Szemle, 2016. 21: p. 584-589.
24. Nurmela K., et al., *Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2017. 53(1): p. 45-52.
25. Boromisza P., *Milyen fejlesztésekre lenne szüksége a pszichiátriának? - Beszélgetés Dr. Németh Attilával.* Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, 2019. XVIII. évf. - Pszichiátriai különszám: p. 1-3.
26. MDCalc. *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).* [01/10/2020]; Available from: <https://www.mdcalc.com/montgomery-asberg-depression-rating-scale-madrs>.
27. Rihmer Z, et al., *Antidepressívumok,* in *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve,* 6. átdolgozott kiadás, Németh A. and Füredi J., Editors. 2020, Medicina: Budapest. p. 509-522.
28. Jobst A, et al., *European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe.* European Psychiatry, 2016. 22: p. 18-36.
29. Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft., *MDD Patient Qualitative Interviews - Hungary.* 2019.

30. Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft., *Hungarian Psychiatrist Survey*. 2019.
31. Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ. *Beszámoló az Egészségügyi Ágazati Humánérőforrás 2105. évi helyzetéről*. 2016 [08/10/2020]; Available from: [https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR\\_beszamolo\\_2015.pdf](https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR_beszamolo_2015.pdf).
32. Kubitz, N., et al., *Characterization of treatment resistant depression episodes in a cohort of patients from a US commercial claims database*. PLoS One, 2013. 18(10): p. e76882.
33. Berlim, M.T. and Fleck M.P., *Quality of life and major depression - Current findings and future perspectives - Chapter 12*, in *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*, Ritsner M.S. and Awad A.G., Editors. 2007. p. 241 - 252.
34. Reddy, M., *Depression: The Disorder and the Burden*. Indian J Psychol Med, 2010. 32(1): p. 1-2.
35. Hansson L., *Quality of life in depression and anxiety*. International Review of Psychiatry, 2002. 14: p. 185-189.
36. Rapaport, M.H., et al., *Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders*. Am J Psychiatry, 2005. 162: p. 1171-1178.
37. Demyttenaere, K., De Fruyt J., and Stahl S.M., *The many faces of fatigue in major depressive disorder*. International Journal of Neuropsychopharmacology, 2005. 8: p. 93-105.
38. Rottenberg, J., *Mood and Emotion in Major Depression*. American Psychological Society, 2005. 14(4): p. 167-170.
39. Radford, M.H.B., Mann L., and Kalucy R.S., *Psychiatric Disturbance and Decisionmaking*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1986. 20: p. 210-217.
40. Gulec, M., et al., *The Relationship Between Insomnia and Major Depressive Disorder: A Chicken and Egg Situation?* Journal of Mood Disorders, 2012. 2(1): p. 28-33.
41. Goldstein, I., *Screening for erectile dysfunction: rationale*. International Journal of Impotence Research, 2000. 12: p. S147-S151.
42. Kessler, R.C., *The Costs of Depression*. Psychiatr Clin N Am, 2012. 35: p. 1-14.
43. Mimura, M., *Comorbidity of Depression and Other Diseases*. JMAJ, 2001. 44(5): p. 225-229.
44. Fainman, D., *Examining the relationship between anxiety disorders and depression*. CME, 2004. 22(10): p. 568-571.
45. Goldstein-Piekarski, A.N., Williams L. M., and Humphreys K., *A trans-diagnostic review of anxiety disorder comorbidity and the impact of multiple exclusion criteria on studying clinical outcomes in anxiety disorders*. Transl Psychiatry, 2016. 28(6): p. e847.
46. Dimos, A.K., et al., *Depression and Heart Failure*. Hellenic J Cardiol, 2009. 50: p. 410-417.
47. Dar, S.K., et al., *Post Stroke Depression Frequently Overlooked, Undiagnosed, Untreated*. Neuropsychiatry (London), 2017. 7(6): p. 906-919.
48. Satin, J.R., Linden W., and Phillips M.J., *Depression as a Predictor of Disease Progression and Mortality in Cancer Patients*. Cancer, 2009. 115: p. 5349-5361.
49. Greenberg, D.B., *Barriers to the Treatment of Depression in Cancer Patients*. Journal of the National Cancer Institute Monographs, 2004. 32: p. 127-135.
50. Szelei A. and Döme P., *Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés*. Orvosi Hetilap, 2020. 161(22): p. 908-916.
51. Espada, J.P., et al., *Relation between Substance Use and Depression among Spanish Adolescents*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2011. 11(1): p. 79-90.
52. Parkinson Foundation. *Combating Depression and Parkinson's Disease*. 2019 [30/06/2020]; Available from: <https://www.parkinson.org/sites/default/files/attachments/Combating%20Depression.pdf>.
53. Parkinson Canada. *Parkinson's Disease Depression and Anxiety*. 2018 [30/06/2020]; Available from: <https://www.parkinson.ca/wp-content/uploads/Parkinson%E2%80%99s-Disease-Depression-and-Anxiety.pdf?v1>.
54. Musselman, D.L., et al., *Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment*. Biological Psychiatry, 2003. 54(3): p. 317-329.
55. Bair, M.J., et al., *Depression and Pain Comorbidity*. Arch Intern Med., 2003. 163: p. 2433-2445.
56. Elliott, T.E., Renier C.M., and Palcher J.A., *Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF*. American Academy of Pain Medicine, 2003. 4(4): p. 331-339.
57. Rihmer Z. and Gonda X., *Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2012. 37: p. 2398-2403.
58. Greenberg, P.E., et al., *The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010)*. J Clin Psychiatry, 2015. 76: p. 155-162.
59. Sobocki, P., et al., *Cost of depression in Europe*. J Ment Health Policy Econ, 2006. 2: p. 87-89.
60. KSH. *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2014*. 2014 [06/08/2020]; Available from: [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/egeszsegugyi\\_evkonyv\\_2014.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/egeszsegugyi_evkonyv_2014.pdf).
61. Ferrari, A.J., et al., *Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature*.

- re. *Psychological Medicine*, 2013. 43(3): p. 471-481.
62. Móra B. and Péter L., *Pszichiátriai kórképek komorbiditása és az alkalmazott terápia jellegzetességei hospitalizált betegek körében*. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2016. XVIII. évf.(3. szám): p. 129-136.
  63. Kónyi A., et al., *Depresszióval diagnosztizált betegek gyógyszer kombinációinak, és azok költségeinek vizsgálata valós életbeli adatok alapján*. XIV. META konferencia, 2020. 2020. október 27. Budapest, Magyarország (poszter).
  64. Hargittay Cs., et al., *A diabetes és a depresszió együttes előfordulása, lehetséges kétirányú kapcsolata és szűrésük jelentősége*. *Orvosi Hetilap*, 2019. 160(21): p. 807-814.
  65. Eaton, W.W., Armenian H., and Gallo J., *Depression and Risk for Onset of Type II Diabetes*. *Diabetes Care*, 1996. 19(10): p. 1097-1102.
  66. Kempler P., et al., *A 2-es típusú diabetes előfordulása és költségterheinek alakulása Magyarországon 2001–2014 között – az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázis-elemzésének eredményei*. *Diabetologia Hungarica*, 2016. 24(3): p. 177-188.
  67. Meng, L., et al., *Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies*. *Journal of Hypertension*, 2012. 30(5): p. 842-851.
  68. Kuria, M.W., et al., *The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence*. *ISRN Psychiatry*, 2012. 2012.
  69. Dixit, A.R. and Crum R.M., *Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women*. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(5): p. 751-758.
  70. Grant, B.F. and Harford T.C., *Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders depression: results of a national survey*. *Drug and Alcohol Dependence*, 1995. 39: p. 197-206.
  71. KSH. *A kábítószer-fogyasztók és alkoholisták gondozása (1997–)*. [06/08/2020]; Available from: [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fek005.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek005.html).
  72. Lerner, D., et al., *Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression*. *Psychiatric Services*, 2004. 55(12): p. 1371-1378.
  73. Beck, A., et al., *Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss*. *Annals of Family Medicine*, 2011. 9(4): p. 305-311.
  74. KSH. *Egészségbiztosítás, táppénz (1990–)\**. [03/08/2020]; Available from: [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsp003.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp003.html).
  75. Kinchin, I. and Doran C.M., *The Cost of Youth Suicide in Australia*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2018. 15(672): p. 1-11.
  76. KSH. *Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970-2010)*. 2013. 03/08/2020]; Available from: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/muhelytanulmanyok2.pdf>.
  77. Kurimay T., *A magyar pszichiátria az Európai Unió Tanácsa Soros Magyar Elnökségének tükrében*. *Psychiatria Hungarica*, 2010. 25: p. 483-492.
  78. Joint Action - *Mental Health and wellbeing. Depression, Suicide and E-health*. 2020. [04/12/2020]; Available from: <https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>.
  79. European Commission. *EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being*. 2018. [04/12/2020]; Available from: [https://ec.europa.eu/health/non\\_communicable\\_diseases/mental\\_health/eu\\_compass\\_en](https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/mental_health/eu_compass_en).
  80. Szántó K, et al., *A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate*. *Arch Gen Psychiatry*, 2007(64): p. 914-920.
  81. Székely A., et al., *How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention* (EAAD). *PLoS One*, 2013. 8: p. e75081.
  82. Rihmer Z., et al., *Öngyilkosság-megelőző programok különös tekintettel a háziorvosi szolgálat szerepére. Nemzetközi és hazai vizsgálatok*, in *Az öngyilkosság orvosi szemmel*, Kalmár S., Németh A., and Rihmer Z., Editors. 2012, Medicina Könyvkiadó: Budapest. p. 298-318.
  83. Bánhegyi D., e.a., *Egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja*. 2002.
  84. Magyar Nemzeti Bank. *Versenyképességi program 330 pontban*. 2019. [14/08/2020]; Available from: <https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepessegi-program.pdf>.
  85. European Alliance Against Depression. [14/08/2020]; Available from: <http://www.eaad.net/>.
  86. Európai szövetség a depresszió ellen. [14/08/2020]; Available from: <http://www.eaad.hu/>.
  87. Rihmer Z. and Rutz W., *Treatment of attempted suicide and suicidal patients in primary care*, in *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, D. Wasserman, Editor. 2009, Oxford University Press: New York. p. 463-470.

## EGYÉB HIVATKOZÁSOK:

- <sup>1</sup> [www.net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1000031.eum](http://www.net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1000031.eum)
- <sup>2</sup> [www.neak.gov.hu/data/cms1023352/Zsebkonyv\\_2018.pdf](http://www.neak.gov.hu/data/cms1023352/Zsebkonyv_2018.pdf)
- <sup>3</sup> Lásd 60. oldal.
- <sup>4</sup> [www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_evkozi/e\\_qli007a.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_qli007a.html)
- <sup>5</sup> Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action' 3095th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, Council meeting - Health issues - Luxembourg, 6 June 2011
- <sup>6</sup> Joint Action on Mental Health and Wellbeing, (2013-2016)
- <sup>7</sup> 31/2010. (V. 13.) EüM rendelet a finanszírozási eljárásrendekről CP-217703. Lezárás dátuma: 2021. május 12.



