

Dr. Szádóczy Erika

Szorongásoldás a háziorvosi gyakorlatban

Összefoglalás

A szorongásos zavarok a leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképek a lakosság és a családorvosi ellátást igénylő betegek körében egyaránt. A korai betegségkezdés, a szövődmények és az életmínőségre gyakorolt hatásuk miatt népegészségügyi jelentőségük igen nagy. A hatékony és elfogadható kezelési lehetőségek ellenére a felismerés és a kezelés messze elmarad a kívánalmaktól. A szorongásos zavarok kronicizálódásra, relapszusra és ismétlődésre hajlamos kórképek. Kezelésük hónapokig, esetenként évekig tart, melyhez farmako- és pszichoterápiás módszerek széles választéka áll rendelkezésre.

Kulcsszavak:

szorongásos zavarok, prevalencia, terápia

Freud terminológiája szerint, a normális félelem, ún. „szignál szorongás” a mindennapi élettel együtt járó hasznos és szükségszerű, bizonyos esetekben életmentő érzelmi állapot. Az ismeretlen potenciálisan veszélyes, ilyen helyzetben a fokozott éberség, a készenléti állapot lényeges a helyzet megítéléséhez, és a legmegfelelőbb magatartásforma, reakció megválasztásához. A tanulási folyamatban ugyancsak elengedhetetlen, képessé tesz arra, hogy élményeket gyűjtsünk, tudást halmozzunk fel, következőképp szakértelmet szerezzünk, önbizalmunkat, kompetenciánkat növeljük. A szorongás akkor kóros, ha az adott helyzet értékelése hibás, ha a reakció a tárgyhoz, vagy a helyzethez nem illő, ha az alkalmazkodást, a teljesítést akadályozza. Mindezek együttesen azt eredményezik, hogy az egyén nem képes az adott helyzettel megbirkózni.

A szorongás szomatikus, érzelmi és kognitív tünetekben nyilvánul

meg, melyek az egyes esetekben és kórképekben változatos képet mutathatnak. A szorongás nem feltétlenül igényel kezelést. A „facilitáló” (a készségi állapot miatt jobb teljesítményt eredményező) szorongás oldása káros – ezért pl. vizsga előtt nem ajánlott szorongásoldó szedése. A „debilizáló” szorongás (kognitív beszűkülést, koncentrációs zavart okoz) oldása azonban szükséges, mert a teljesítmény csökkenését eredményezi, súlyosan befolyásolja a mindennapi életvitelt, és kedvezőtlen hatással van az életmínőségre, a teljesítményre, a szociális kapcsolatokra és az aktivitásra.

A szorongás, mint kóros állapot a legrégebben megfigyelt pszichiátriai betegség. A szak- és szépirodalomban az ókortól szerepelnek szo-

rongásról szóló leírások. Hippocrates két fóbiás esetet írt le, Shakespeare „A velencei kalmár”-jában egy macskafóbiás személy szerepel. Freud (1895) alakította ki a szorongásos neurózis koncepcióját, elkülönítve azt a többi pszichiátriai betegségtől.

A szorongás gyakran jelenik meg mint vitális szorongás, a saját testből eredő fenyegetettség, (pl. miokardiális infarktusz és más súlyos, életet veszélyeztető betegség vagy élethelyzet során), ebben az esetben a szorongásoldás az alapbetegség kimenetelét is kedvezően befolyásolja.

Szorongásos zavar, mint primer pszichiátriai kórállapot akkor diagnosztizálható, ha sem külső, sem belső fenyegetettség, veszély nem áll fenn. Osztályozásuk a szorongás

1. táblázat

Kórkép	jellemzők	megjegyzés
Pánik zavar	hirtelen, váratlan, a helyzettől független szorongásos roham	4 roham havonta
Agorafóbia	félelem (elkerülő magatartás) olyan helyzetekben, ahonnan nehéz vagy kínos menekülni	tömegközlekedési eszköz a leggyakoribb
Szociális fóbia	félelem (elkerülő magatartás) szociális helyzetekben (teljesítmény, interakció)	körülírt vagy generalizált
Specifikus fóbia	félelem (elkerülő magatartás) egy-egy körülírt helyzetben (pl. vihar, állat, stb.)	jelentősége akkor van, ha az életvitelt befolyásolja
Generalizált szorongás	tartós, folyamatos feszültség, aggodalmaskodás, lazításra képtelenség	gyakran depresszió követi
Kényszeres zavar	kényszerszorgodatok és/vagy cselekvések	az életvitelt jelentősen befolyásolja
Poszttraumás stressz zavar	a traumával összefüggő ingerek kerülése, az általános reakciók bénultsága, fokozott készenlét	extrém mértékű traumát követi

Dr. Szádóczy Erika

Országos Pszichoterápiás és Neurológiai Intézet
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

Szorongásos kórképek
(DSM- IV, BNO-10 klasszifikációs rendszerek alapján)

időbeli lefolyása, valamint a jellegzetes helyzet alapján történik, amelyben a szorongásos tünetek megjelennek (1. táblázat).

A szorongásos zavarok a leggyakrabban előforduló pszichiátriai megbetegedések mind a lakosság körében, mind az egészségügyi ellátás keretein belül. A különböző országokban végzett epidemiológiai vizsgálatok szerint a lakosság csaknem 1/4-énél alakul ki élete során valamilyen szorongásos zavar. A családorvosi rendelőkben megjelenő betegek 10%-ánál tárható fel a vizsgálat időpontjában valamely szorongásos zavar kritériumait kielégítő tünetegyüttes, főként a pánik zavar és a generalizált szorongás gyakori. A szorongásos zavarok jellemzően a korai életévekben kezdődnek. A fóbiák tíz éves kor alatt, vagy a korai tízes években, a pánik zavar a 20-as évek elején, a generalizált szorongás a 30-as években manifesztálódik. Legkorábban a specifikus fóbia kezdődik, a tünetek általában már a 6. és 10. életév között megjelennek. Fóbiák és pánik zavar ritkán jelentkeznek első ízben 40 éves kor felett, a generalizált szorongás azonban 50 éves kor felett is kezdődhet. Minden vizsgálat szerint a nők megbetegedési kockázata 2–3-szor nagyobb, mint a férfiaké. A betegség tünetei súlyosan érintik a betegek életminőségét. A korai betegségkezdet, valamint az életvitelre gyakorolt negatív hatás jelentős mértékben befolyásolják az iskolázottság szintjét, a munkaképességet, a szociális kapcsolatok minőségét, és hozzájárulnak szövődmények kialakulásához. Az életminőséget nagymértékben befolyásoló voltak ellenére, a betegek több mint fele nem kér segítséget, a betegsége miatt nem fordul orvoshoz. Az orvoshoz fordulóknak is csak kb. a fele kap megfelelő diagnózist. A megfelelő kezelés még ritkább, nem éri el a 20%-ot. Szorongásos zavarban szenvedő betegek az egészségügy minden szintjén (alapellátás, szakrendelők, kórházi osztályok) és minden szakágzatában (belgyógyászat, sebészet, reumatológia, neurológia, nőgyógyászat) megtalálhatók, és gyakran veszik igénybe a különböző komplementer medicina által nyújtott lehetőségeket is. A szorongásos zavarok felismerésében és kezelésében a családorvosnak alapvető szerepe van, mivel a bete-

2. táblázat

betegfüggő okok	orvosfüggő okok	betegségfüggő okok
nem tekinti betegségnek	a képzés elsősorban organikus irányú	szociális fóbia – interakciókat kerüli, még az orvossal is
gyógyíthatatlannak tartja	a pszichiátria bizonytalan terület	kényszeres zavar – a rituálék
fél a stigmatizációtól	időhiány	időigényessége miatt
szomatikus panaszait helyezi előtérbe	csak az egyidejűleg fennálló testi betegséget észleli	nem jut el az orvoshoz
információhiány	előítéletek	

A szorongásos zavarok felismerését akadályozó tényezők

gek az esetek többségében családorvosukat keresik fel tüneteikkel. Gyakori, hogy ilyenkor a szorongás szomatikus tünetei kerülnek előtérbe, amelyek nem egyszer valamilyen szervi betegség tüneteire emlékeztetnek, pl. a pánik betegek mellkasi panaszai utánozhatják a miokardiális infarktusz tüneteit. Az alacsony felismerési arány több okra vezethető vissza, ezek egy része a betegtől, más része az orvostól függ, de befolyásolhatják egyes betegségek jellegzetességei is (2. táblázat).

Nem kezelt esetekben súlyos, gyakran irreverzibilis károsodás következhet be a beteg szociális kapcsolataiban, elveszítheti szociális szerepeit és munkáját. A tartósan fennálló szorongásos tünetek következménye lehet alkohol és/vagy drog abúzus, esetleg dependencia, amely elfedheti az alapbetegség tüneteit, nehezítve annak felismerését. Szorongásos zavarban szenvedő betegeknél a populációhoz viszonyítva bizonyos szomatikus betegségek (kardiovaszkuláris, cerebrovaszkuláris) gyakrabban figyelhetők meg és rosszabb prognózist mutatnak. A napjainkban rendelkezésre álló terápia az esetek 70–80%-ában teljes sikerrel jár. A kezelés megkezdésekor elengedhetetlen a beteg családi, munkahelyi körülményeinek, közösségi és családi integrációjának tisztázása. A szociális támasz, mint védőfaktor nemcsak a pszichiátriai betegségek kialakulásában, hanem lefolyásában is fontos.

Korszerű szorongás-kezelés

A szorongás jelenségének meg-

ítélését és kezelésének szükségességét napjainkban sajátos kettősség határozza meg. Egyfelől azt a hibás gyakorlatot követjük, hogy szeretnénk megszabadulni a mindennapi stresszorokhoz, élethelyzetekhez kapcsolódó egészséges és szükség-szerű szorongástól is. Másfelől, a kóros, az alkalmazkodást megbénító szorongásos állapotok nem kerülnek felismerésre, következésképp a kezelés is elmarad. Korszerű szorongásoldásról a 60-as évektől, a benzodiazepinek felfedezésétől beszélhetünk. Az eltelt csaknem fél évszázad alatt a szorongás biokémiai hátterének vizsgálata és a klinikai tapasztalatok alapján a szorongásoldásban számos egyéb gyógyszer alkalmazhatósága is nyilvánvalóvá vált (ide tartoznak, pl. a szerotonin rendszerre ható vegyületek). A klinikai gyakorlat azt is bebizonyította, hogy a szorongásos betegségek krónikus lefolyást mutatnak, és a tünetek akut megszüntetését követően a relapszus kivédésére további, fenn-tartó kezelés szükséges. Megfelelő kezelés mellett, az esetek kb. 80%-ában néhány hét alatt teljes tünet- és panaszmentesség érhető el. A fenn-tartó, profilaktikus kezelés esetenként évekig tarthat. A farmakoterápia mellett csaknem minden esetben szükség van pszichoterápiára, melynek típusa a beteg igényeihez és a terapeuta képzettségéhez igazodik.

Gyógyszeres kezelés

A szorongásos zavarok gyógyszeres kezelésében az antidepresszívumok és a szorongásoldók kapnak

3. táblázat

Antidepresszívumok	
Szelektív szerotonin reuptake gátlók (SSRI)	
citalopram (Seropram)	20-60
escitalopram (Cipralex)	5-20
fluvoxamin (Fevarin)	100-250
fluoxetin (Apo-Fluoxetin, Deprexin, Floxet, Huma-Fluoxetin, Praxin, Portál, Prozac)	20-60
paroxetin (Paroxat, Rexetin, Seroxat)	20-60
sertralin (Stimuloton, Zoloft)	50-150
Reverzibilis monoamin oxidáz gátló (RIMA)	
moclobemid (Aurorix)	450-900
Triciklusos antidepresszívumok	
clomipramin (Anafranil)	100-250
imipramin (Melipramin)	75-250
Anxiolitikumok	
Nagypotenciálú benzodiazepinek	
alprazolam (Xanax, Frontin, Alprax, Apo-alpraz, Huma-alpraz)	1-6
clonazepam (Rivotril, Clonazepamum)	1-6
Kispotenciálú benzodiazepinek	
chlórdiazepoxid (Elenium, Librium)	10-40
clobazam (Frisium)	20-30
diazepam (Seduxen)	10-20
medazepam (Medazepam, Nobrium, Rudotel)	20-30
Szerotonin 1A receptor agonista	
buspiron (Anxiron, Spitomin)	15-60
hidroxizin (Atarax)	25-75

Szorongásos zavarokban alkalmazható antidepresszívumok és anxiolitikumok ajánlott napi terápiás dózistartománya (mg)

elsődleges szerepet. Antipszichotikumok alkalmazása még kis adagban is káros, csak a mellékhatások jelentkezésével számolhatunk. Ma-

gyarországon forgalomban lévő antidepresszívumok közül pánik zavar és agorafóbia kezelésére a citalopram, clomipramin, escitalopram,

paroxetin, sertralin és imipramin, a szociális fóbia kezelésére a moclobemid és paroxetin, a kényszer betegség (OCD) kezelésére a clomipramin, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin és sertralin, posztraumás stressz zavar kezelésére a paroxetin és sertralin van regisztrálva (3. táblázat).

Valamennyi antidepresszívum hatásossága lényegében azonos, azonban a mellékhatás profil és a toxicitás eltérő volta miatt a compliance különbözhet, emiatt jelentős eltérés mutatkozhat a hatékonyságban. A terápiás hatás ritkán jelentkezik 14 napon belül, a kezelés kezdeti fázisában elsősorban a mellékhatásokkal kell számolni. A szorongásos zavarban szenvedő betegek, főként a pánik betegek fokozottan érzékenyek a mellékhatásokra, ezért a kezelést a depresszióban szokásos napi dózis felével ajánlott kezdeni. A betegek 60-70%-ánál 3-4 héten belül következik be kielégítő javulás.

A szorongásos zavarok kezelésekor főként az első időszakban célszerű az antidepresszívumok mellett anxiolitikum adása. A szorongásoldók rövidebb idő alatt csökkentik a szorongást, így jobb együttműködés érhető el. Célszerű nagypotenciálú szert választani a specifikusabb anxiolízis (pl. a nagypotenciálú szerek pánik attackot kivédő hatása bizonyítottan jobb, mint a kispotenciálúaké), az alacsonyabb toxicitás és a kevesebb mellékhatás miatt. A benzodiazepinek alkalmazásának hátránya a kognitív és pszichomotoros funkciókra gyakorolt negatív hatás, a dependencia veszélye. Generalizált szorongásban a buspiron (nem szedatív hatású, specifikus szorongásoldó) előnyt élvez a benzodiazepinokkal szemben. Nincs hozzászokás, a hátránya viszont, hogy csak 2-3 hetes látencia után alakult ki a szorongásoldó hatás. Szociális fóbiában a teljes tünetmentesség csak hosszabb idő alatt (4-8 hónap) érhető el. OCD-ben rendszerint nagyobb mennyiségű antidepresszívumra van szükség, mint, ami a depresszióban szokásos (1,5-2-szeres napi adag).

Pszichoterápia

Többféle módszer áll rendelkezésre, melyek gyakorlatilag valamennyi szorongásos zavar kezelésében szerepet kapnak:

szupportív pszichoterápia, más né-

ven pszichoterápiás vezetés – az aktuális életnehezégek feltárására és megoldására összpontosít, a beteg erőforrásaira, konfliktusmegoldó készségére épít;

relaxációs módszerek – főként a pánik zavar és a generalizált szorongás kezelésében bizonyulnak hatékonyak;

*a pszichoanalitikusan orientált terápia*k közül ma elsősorban a rövid dinamikus formát alkalmazzák – cél az egészséges viselkedés erősítése, a személyiségfejlődést akadályozó tényezők megszüntetése. Szorongásos állapotokban a klasszikus analízis is ajánlható;

kognitív viselkedésterápia – cél a szorongásos állapothoz kapcsolódó jellegzetes gondolkodási minta és viselkedés módosítása. Nagy szerepe van a relapszus prevencióban, számos tanulmány bizonyította hatékonyságát önálló alkalmazás esetén is. Alkalmazása valamennyi fóbiában és OCD-ben elengedhetetlen;

interperszonális terápia – cél a szociális készség és az asszertivitás, közvetve az interperszonális kapcsolatok javítása;

pár- és családterápia – olyan esetekben alkalmazható, általában kiegészítő terápiként, ahol párkapcsolati, vagy családi diszharmónia szerepet játszik a betegség kialakulásában és fennmaradásában.

A módszer megválasztásának igazodnia kell a beteg igényeihez és szükségleteihez, és természetesen a terapeuta képzettségéhez.

Prognózis, hosszú távú kezelés

A szorongásos zavarok lefolyása krónikus, epizodikus, intermitálóan jelentkező, vagy folyamatosan fennálló tünetekkel. Az esetek 75–85%-ánál visszaesésre vagy ismétlődésre lehet számítani. Ebből következik, hogy ilyen típusú pszichiátriai zavarok kezelésénél mind az orvos, mind a beteg tartós kapcsolatra számíthat. A relapszus, vagyis a kezdeti javulást követő visszaesés egy epizódon belül megakadályozható a fenntartó, vagy stabilizáló kezeléssel, melynek tartama a teljes tünet- és panaszmentesség után 6–12 hónap. A pszichiátriai betegségek kezelése csak együttműködő beteggel képzelhető el, tehát a hagyományos autoriter orvos-beteg kapcsolat helyett gyógyító (terápiás) szövetség kialakítására van szükség. A beteg aktív szerepet kell, hogy kapjon egészsége helyreállításában és fenntartásában. Értelemszerűen a motiváció kialakítása tekinthető az első lépésnek. A kezelés tehát felvilágosítással kezdődik, azt követheti a feladatok megbeszélése és megoldása a beteg felelősségteljes, aktív részvételével. Megfelelő terápia és együttmű-

ködés esetén az esetek túlnyomó többségében egészséges életminőség és teljes értékű élet alakítható ki.

Irodalomjegyzék:

1. Allgulander C, Bandelow B, Hollander E, et al: *Long-Term Treatment of Generalized Anxiety Disorder*. CNS Spectrums 2003; 8 (Suppl.1.):53-61
2. Ameringen v. M, Allgulander C, Bandelow B, et al: *Long-Term Treatment of Social Phobia*. CNS Spectrums 2003; 8(Suppl.1.):40-52
3. Arató M: *Mindennapi szorongásaink*. Grafit kiadó Budapest, 1998.
4. Briley M, Montgomery S *Antidepressant Therapy*. Martin Dunitz Ltd, London, 1998.
5. Füredi J: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Medicina kiadó Budapest, 1998.
6. Greist JH, Bandelow E, Hollander D, et al: *Long-Term Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Adults*. CNS Spectrums 2003; 8(Suppl.1.):7-16
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19
8. Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, et al: *Long-Term Treatment of Panic Disorder*. CNS Spectrums 2003; 8(Suppl.1.):17-30
9. Stein DJ, Bandelow B, Hollander E, et al: *Long-Term Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. CNS Spectrums 2003; 8 (Suppl.1.):31-39
10. Szádóczky E, Papp Zs, Vitrai J, Füredi J: *A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében*. Orvosi Hetilap 2000; 141 (1):17-22
11. Szónyi G, Füredi J: *A Pszichoterápia Tankönyve*. Medicina kiadó Budapest, 2000.

Regisztrációs lap

Regisztráció díjtalan

HIPPOCRATES Szimpóziumok a PFIZER támogatásával Szorongásos és hangulati zavarok a háziorvosi gyakorlatban

Kérjük, karikázza be az alábbiaknak megfelelő helyszínt, feltétlenül az adatokat is köldje be szerkesztőnkbe. Hippocrates 1475 Bp., Pf.: 359.; Fax: 06-1/431-7990; E-mail: hippoc@axelero.hu

Helyszínek és időpontok:

- | | |
|---|-----------------------------|
| A., Budapest, Hotel Marriott, V., Apáczai Csere János u. 4. | 2004. február 25. 13.00 óra |
| B., Szeged, Hotel Novotel, Maros u. 1. | 2004. március 3. 18.00 óra |
| C., Győr, Konferencia Hotel, Apor Vilmos püspök tere 3. | 2004. március 10. 18.00 óra |
| D., Pécs, Palatinus Hotel, Király u. 5. | 2004. március 18. 18.00 óra |
| E., Debrecen, Nagyerdő Hotel, Pallagi út 5. | 2004. március 24. 18.30 óra |

Név: Orvosi pecsét száma:

Postai cím: Telefonszám: