

Dr. Radics Judit

Szorongásos kórképek – gyakorlati megközelítés háziorvosok számára

A szorongás önmagában nem kóros jelenség, adekvát, az aktuális helyzethez illő intenzitása és időtartama az adaptáció elengedhetetlen része. A szorongásos reakció-minták nagy egyéni változatosságot mutatnak, azonban irreleváns, inadekvát, az adott szituációhoz nem illeszkedő, valamint a kvalitásában és kvantitásában kínzóan megélt volta már kórosnak tekintendő. Bár az irodalmi összefoglalókban közölt epidemiológiai adatok szerint az alapellátás orvosát felkereső pácienseknek mintegy 1/3-a szenved szorongásos betegségben, a családorvos mégsem találkozik kifejezetten szorongó betegekkel, mivel előtérben a szorongás testi tünetei állnak, nemritkán újabb és újabb szomatikus panaszok formájában, egymás követő testi vizsgálatokat követve. Természetesen fontos hangsúlyozni, hogy valamely panasz pszichés eredete csak akkor mondható ki megnyugtatóan, ha a szükséges szomatikus vizsgálatok megtörténtek, így ezek elvégzése nélkülözhetetlen. A pontos diagnózis felállításához tisztában kell lenni a szorongásos betegségek típusaival, tünettárával, melyhez a DSM-IV. diagnosztikus rendszere kiváló segítségül szolgál. Kiemelendő, hogy a szorongás fontos kardiovaszkuláris rizikófaktor és befolyásolja a diabetes mellitusban szenvedő betegek életkilátásait is. A szorongásos megbetegedések – melyek egyéves prevalenciája 12.6-17.2% – a jól kezelhető és gyógyítható pszichés problémák közé tartoznak: a komplex kezelés a pszichofarmakoterápiát, nagypotenciálú benzodiazepin-készítményeket és korszerű antidepresszánsokat, valamint pszichoterápiát foglal magába. Fontos tudni, hogy a szorongásos kórképek nagy átfedést mutatnak a depresszióval, és jelentős számban járnak alváselégtelenséggel, inszomniával is, együttállásuk esetén ezen

tények figyelembe veendőek a terápia megválasztásánál.

A szorongásról – általában

A szorongás önmagában nem kóros jelenség: a mindennapi alkalmazkodás, az adaptáció fontos, sőt nélkülözhetetlen eleme, melynek az emberi faj túlélésében is döntő szerepe volt, van. Ezen esetben kerülhet megemlítésre az ismert Selye-féle stressz-reakció, mely stressz-helyzetben biztosítja a kellő adaptabilitást. Ha azonban a szorongás önállóul, akár a helyzettől teljesen függetlenül válik, akár az adott szituációhoz intenzitásában és időtartamában nem illeszkedve, úgy mind szubjektíve, az érintett egyén számára, mind pedig a környezet számára nemkívánatos, kínzóvá válik, fontos felismerése, kivizsgálása és gyógykezelése. Ha a szorongásos tünetek intenzitása felerősödik, akkor az egyébként jelentős egyéni különbséget mutató reakció-módok egyre egyöntetűbb szimptomák formájában jelentkeznek, a szorongás általános tünettárára képezve. Ekkor beszélhetünk szorongásos betegségről, betegségekről: a szorongásos tünetcsoport részjelenségei önállósulnak, megfelelő kiváltó ok vagy a kiváltó okhoz nem illeszkedő intenzitás és időtartam formájában.

A szorongásos kórképek diagnosztizálásának felállításában két tényező jut döntő szerephez: az egyik – és legfontosabb – maga az egyén, illetőleg a szenvedő személy által szubjektíve kínzóan megélt szorongásos állapot, a másik a környezet számára is nyilvánvaló, adaptációt rontó objektív korlátozottság.

Fontos, hogy a háziorvos felismerje, hogy a nála jelentkező betegnek szorongásos tünetei vagy manifeszt szorongásos megbetegedése van. A szorongásos tünetek önmagukban is jelentős fenntartói a pszichoszomatikus kórképeknek, az egyértelműen szorongásos betegség diagnosztikus kritériumait kimerítő szorongásos zavarok pedig adekvát pszichiátriai gyógykezelésben részesítendőek.

Fontos hangsúlyozni, hogy a szorongás igen jelentős kardiovaszkuláris rizikófaktor. Az érzelmi/indulati élet és a koronária-betegség között egyértelműen igazolt kapcsolat áll fenn. Szoros az összefüggés a koronária-betegség és a kardiovaszkuláris mortalitás között is. Az epidemiológiai adatok egyértelműen alátámasztották, hogy a szorongás a pszichés zavarok közül a legerősebb potenciális rizikófaktor a koronária-betegség esetében.

Ugyancsak kiemelendő a háziorvosi praxisban betöltött kiemelt szerepére tekintettel a szorongás diabetes mellitusban megmutatózó következménye. Az epidemiológiai adatok azt igazolták, hogy amíg a depresszió előfordulása a diabetes mellitusban szenvedőknél lényegesen gyakoribb, mint az átlagpopulációban, úgy a szorongásra ez nem jellemző. A szorongás nem gyakoribb cukorbetegség körében, mint az átlagpopulációban. Ugyanakkor a cukorbetegség szövődményeitől és a hypoglikémiától való félelem jelenlévő provokáló faktor, mely-

1. táblázat

1. Pánikzavar agorafóbia nélkül
2. Pánikzavar agorafóbiával
3. Agorafóbia pánikzavar nélkül
4. Specifikus(korábban szimp-lex) fóbia
5. Szociális fóbia
6. Kényszeres zavar
7. Poszt-traumás stressz zavar
8. Akut stressz-zavar
9. Generalizált szorongásos zavar
10. Pszichoaktív szer okozta szorongásos zavar
11. Szorongásos zavar (általános egészségi állapot megjelölése miatt)
12. Szorongásos zavar MNO.

A szorongásos kórképek felosztása a DSM-IV. diagnosztikus kritériumrendszere szerint

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Revision, American Psychiatric Association

Dr. Radics Judit
Petz Aladár Megyei Oktatókórház
I. Addiktológiai Gondozó
9023 Győr, Vasvári Pál u. 2-4.

2. táblázat

1. Heves szívdobogás, palpáció, tachycardia
2. Izzadás, verejtékezés
3. Remegés
4. Fulladás, légszomj
5. Gombóc-érzés a torokban, torokszorítás
6. Mellkasi fájdalom illetve diszkomfort
7. Hányinger, émelygés, hasi diszkomfort
8. Szédülés, bizonytalanság, ájulás-érzés
9. Derealizáció/deperszonalizáció
10. Halálfélelem
11. Megörüléstől való félelem
12. Paresztéziák (zsibbadás, bizsergés)
13. Hidegrázás, kipirulás

A szorongás direkt tünetei, kiemelt fontossággal a pánikrohamra

nek szerepe van pánikbetegség, agora- és szociális fóbia fenntartásában. Igen fontos tudni, hogy ezen betegek – éppen szorongásaik okán – vércukorszintjüket is rendszeresen magasabbra állítják be.

A szorongásos betegségek felosztása történhet a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO-10) diagnosztikus kategóriái alapján, hazánkban azonban – különösen a pszichiátria szakterületén – az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kidolgozott DSM-IV. osztályozási rendszertana van használatban.

A szorongó beteg magatartása

A háziiorvosi praxisban relative ritkán találkozhatunk a kifejezett szorongás tüneteivel. A gyakorlatban a beteg részéről elsősorban a szorongás testi panaszokban és tüneteiben történő megfogalmazása áll az előtérben – mely mögött jól képzett háziorvos viszonylag könnyen és gyorsan feltárhatja a szorongás kórnemző szerepét –, másodsorban pedig a hozzá forduló páciens viselkedéséből, magatartásából – a szorongás direkt és indirekt jegyeinek megnyilvánulásából – következtet a szorongás jelenlétére.

A pánikroham tünetei a szorongásos szimptomák legintenzívebb megnyilvánulási formái, így fennállásuk csupán relative rövid idejű lehet. Szorongás, különösen króni-

kus szorongás fennállása idején is a fenti panaszok jellemzik a páciens, azonban jelentős intenzitásbeli különbséggel, lényegesen gyengébben, elhúzódó időintervallumban.

Pszichoszomatikus problémák esetén gyakori, hogy a panaszok csupán egy-egy szervrendszerre lokalizálódnak, azonban bizonyított tény, hogy ezek tartós fennállás esetén kimutatható organikus elváltozásokat generálnak, illetőleg a meglévő szomatikus elváltozásokat súlyosbíthatják, a javulást gátolják.

Szorongás fennállására utaló indirekt jelzések között szerepel, ha a rendelőbe belépő páciens kipirult, esetleg éppen ellenkezőleg, sápadt arccal érkezik, illetőleg az arc és a nyak bőrének vaszkularizációja gyors és ellentétes változásokat mutat. A kéz-fogás is sokat elárul: a hideg, nyirkos, verejtékes kezek szorongásra utalnak. A csökkent nyáltermelés nyomán a száj gyakran kiszárad, a nyelv a szájpadlához tapadhat, nehezítve, illetőleg elakasztva a beszédet, vagy foetor ex ore eredményezve. A szorongó ember gyakran erősen izzad, sőt, a verejték megváltozott összetételénél fogva erős testszagot lehet érezni. Erős illatszert-használat indirekt jelzés lehet arra, hogy a páciens tisztában van fokozott izzadékonyságával, és palástolni igyekszik azt. A szorongás önkéntelen oldására utalhat, ha a páciens sóhajtó, mély lélegzeteket vesz, vagy nem találva helyét vizsgálat közben fészkelődik, nyugtalan, izeg-mozog, ezen plusz-mozgások ugyanis feszültségcsökkentő hatással bírnak. A szorongó betegek gyakran nem tartják a szemkontaktust sem.

Amennyiben a beteg szorongásos tünetei valamely szervre, szervrendszerre lokalizálódnak, úgy várható a panaszok igen részletes és terjengős elemzése, melyre a beteg figyelme beszűkült, monoideisztikus irányvonalat tart, ettől nem, vagy csupán nehezen téríthető el. Gyakori, hogy a vizsgálati eredményekkel nem elégedett, az esetleges negatív vizsgálati leletek nem nyugtatják meg, valamint újabb és újabb panaszokat említ, újabb szervrendszerekre terjesztve ki panaszait. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy amennyiben a betegnek bárminemű szomatikus panasz van, úgy minden esetben kötelező az ezirányú kivizsgálás, mert a probléma egyértelműen pszichés eredete csupán organikus elváltozás hiányában mondható ki.

Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy a pszichoszomatikus megbetegedések esetén a szorongás és a testi elváltozás együttesen van jelen, és párhuzamosan is gyógykezelendő!

A szorongó beteg tájékoztatása

A kifejezett szorongás tüneteivel küszködő betegek számára panaszaiak subjektíve kínzó megélése megkönnyíti a kezelésbe vételt, sőt, ezen páciensek maguk kéri a segítséget gyógyulásuk érdekében. Azonban kevésbé lehet problémamentes a pszichoszomatikus kórképekben szenvedők szorongásának gyógykezelése, mivel itt nemritkán nehezen fogadtatható el a betegség komplexitása, pszichés és szomatikus gyógykezelésének egyaránt való szükségessége.

A szituációt megkönnyítheti, ha a betegnek alvászavara is van, mivel elsőként az alvászavar megszüntetése a reális célkitűzés, mind a páciens, mind betegségének gyógykezelése érdekében a kívánatos lépés. Helyes lehet a „stressz”, „krónikus stressz” kifejezés használata, valamint „az idegrendszer egyensúlyi állapotának visszaállítása” kifejezések alkalmazása, melyek kézzel foghatóbbá, megérthetőbbé és ezáltal elfogadhatóvá teszik a problémát. Az adekvát szorongásoldó terápia nyomán a betegek maguk is észlelik általános közérzetük – ezáltal testi panaszai – javulását, mely a jövőben biztosítja a megfelelő compliance-t.

A szorongásos kórképek típusosan az ambuláns ellátás körébe tartoznak. Az adekvát terápia alkalmazása az esetek nagy részében gyors és teljes tünetredukcióhoz vezet. A háziiorvosnak lehetősége nyílik pszichiátriai szak-konzíliumot is igénybe venni, ezt követően a szakorvosi ajánlást követni. Szakorvosi konzílium igénybe vétele különösen abban az esetben indokolt, ha differenciáldiagnosztikai probléma vetődik fel, vajon csakugyan szorongásos kórkép áll-e a tünetek hátterében?

Hospitalizáció indikációját az esetlegesen fennálló szuicid veszély képezheti, ekkor azonban a kórházi beutalás feltétlenül indokolt.

A szorongás gyógyszeres kezelési lehetőségei

A szorongásoldó pszichiátriai

3. táblázat

Citalopram	20-60 mg/nap
Fluoxetin	20-60 mg/nap
Fluvoxamion	100-300 mg/nap
Paroxetin	20-60 mg/nap
Sertralin	50-150 mg/nap
Venlafaxin	75-225mg/nap
Duloxetin	30-90mg/nap
Reboxetin	4-8mg/nap
Mizapin	30-60 mg/nap
Mirtazapin	30-45 mg/nap
Moclobemid	150-600mg/nap
Tianeptin	25-37.5mg/nap

Szorongásos zavar esetén alkalmazásra kerülő antidepresszánsok típusai, dozírozása

készítményeket korábban a nyugtatókkal azonosították. Ez már a múlté. Mára korszerű, hatékony, valóban szorongásoldó, és a szorongás fellépését, kialakulását megakadályozó készítmények kerültek kifejlesztésre.

A szorongásos zavarok gyógykezelésére a Magyar Pszichiátriai Társaság Szakmai Kollégiuma szakmai útmutatót, általános irányelveket dolgozott ki, ezek alkalmazása a mindennapi orvosi praxisban ajánlott.

Fontos kiemelni, hogy a szorongásban szenvedő betegek különösen hajlamosak öngyógyító módszerek alkalmazására, mely egyrészt alkoholabuzusokhoz, alkoholdependenciához, másrészt pedig gyógyszerfüggőséghez vezethet! Szakember által történő adekvát gyógykezelésük és követésük, kontrollálásuk ennél fogva elengedhetetlen.

A szorongásos zavarokban az alábbi készítmények kerülhetnek alkalmazásra:

1. Benzodiazepin készítmények
2. Nem benzodiazepin típusú anxiolitikumok
3. Antidepresszánsok
4. Hypnotikumok

1. Benzodiazepin típusú anxiolitikumok

Nagypotenciálú benzodiazepinek: clonazepam, alprazolam.

Kispotenciálú benzodiazepinek: diazepam, clobazam, medazepam, lorazepam.

Tekintettel arra, hogy a szoron-

gásos betegségek kúraszerűen kezelendők, fontos olyan készítmények alkalmazása, melyeknek alacsony a függőségi potenciálja, így a szorongás gyógykezelésében elsősorban a nagypotenciálú benzodiazepinek kapnak helyet. Kispotenciálú készítmények elsősorban az akut szorongásoldásban használatosak.

A szakmai ajánlás szerint a nagypotenciálú készítmények alkalmazása 3 hónapig javasolható, ezt követően háromhavonta a terápia újraértékelése szükséges. A javasolt terápiás adag 0.5 mg és 6-8 mg között van, azonban ezen utóbbi magas dózisok alkalmazása lehetőség szerint minél rövidebb idejű legyen.

A kispotenciálú készítmények megfelelő helye az akut szorongásoldás. Ezek közül leggyakrabban alkalmazott készítmény a diazepam, melynek adagja ez esetben 5-20 mg.

2. Nem benzodiazepin típusú anxiolitikumok

Itt a buspiron emelendő ki. Hangsúlyozni kell, hogy kizárólag kúraszerűen alkalmazható, mivel hatását 2 hét eltelte után fejt ki. Hatásosság esetén szedése tartósan javasolható. Előnyös készítmény, mivel szedatív hatása gyakorlatilag nincs, azonban korábban benzodiazepin terápiában részesült betegnél effektivitása elmaradhat a várakozástól.

3. Antidepresszánsok

Az úgynevezett tri- és tetraciklusos antidepresszánsok használata – mellékhatás-profiljuk következtében – mára visszaszorult.

A korszerű szerek az SSRI, SSNRI, SNRI, NaSSA valamint a RIMA készítmények.

A szorongásos zavarok gyógykezelésének időtartama általában 12 és 24 hónap között van, mindig kúraszerű.

4. Hypnotikumok alkalmazása

Amennyiben a szorongásos zavarokhoz alvászavar is társul – és ez nagyon gyakran észlelhető, ezért feltétlenül rá kell kérdezni –, úgy ezen alvászavar (inszomnia) megszüntetése látványos javulást eredményez: részint közvetlenül javítva az alvásmínőséget, melynek másnap kedvező következményei is vannak, részint növelve a beteg gyógyulásba vetett hitét. A korszerű ajánlás szerint az úgynevezett

Z-altatók a korszerű, alkalmazandó készítmények: zolpidem, zopiclon, zaleplon. Adásuk általában 4 és 8 hét között ajánlott. Altatóként az ultrarövid és hosszú hatástartamú altatók kerülendők.

Az utóbbi évek kutatásai nyomán került a középpontba a circadián ritmus, illetőleg ennek zavarai. Az alvás-ébrenlét circadián ritmusában a melatonin játszik kiemelkedő szerepet. A melatonin szintje az életkor előrehaladtával csökken, jelenleg (amennyiben felvetődik az alvászavar hátterében ennek fennállásnak lehetősége) úgy mód nyílik melatonin-pótlásra is.

A gyógyszeres kezelés minden esetben pszichoterápiás intervencióval kombinálandó. Ez a háziorvosi praxis keretében megvalósítható szupportív, támogató pszichoterápián keresztül a sok szakember által elsajátított relaxációs technikákon keresztül a pszichoterápiás képzettségű szakorvos által alkalmazásra kerülő speciális kognitív-behavioural terápiákig terjed azon arányban és módon, ahogy a tünettan ezt igényli.

A szorongásos betegségek esetében legfontosabb a korai diagnózis. A tünetek felismerése egyrésztől megakadályozza a folyamat krónikussá válását, másrésztől szomatikus tünetekbe történő fordulását, nehezen kezelhető pszichoszomatikus kórképekké merevedését, harmadsorban elejét veszi a szenvedő páciensek öngyógyító kísérletekért esetlegesen bekövetkező szerfüggőségeknek.

Irodalomjegyzék:

1. American Psychiatric Association: *DSM-IV, Diagnosztikai Zsebkönyv*, Animula, 1995.
2. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium állásfoglalása a pszichiátriai betegségek gyógykezeléséről (2002) – Szakmai irányelvek: *Szorongásos zavarok*
3. Füredi János: *A pszichiátria magyar kézikönyve* 1998.
4. Selye János: *Stressz distressz nélkül* 1964.
5. Carl Sagan: *Az Éden sárkányai – az emberi intelligencia evolúciója* 1990.
6. Bánki M. Csaba: *Az agy évtizedében* 1994.
7. *Szorongás kardiovaszkuláris betegségekben* 2006.
8. *A felnőttkori inszomnia kezelési lehetőségei – módszertani levél* 2005.
9. Stein,D.J. *Algorithm for the pharmacotherapy of anxiety disorders*. Current psychiatry reports 2003.