

## Bevezető a pszichiátriai cikkek elé

Két olyan témával foglalkozó közleményt szeretnék itt méltóképpen bemutatni, amelyek, véleményem szerint valóban számíthatnak más szakmák művelőinek érdeklődésére is.

A pszichiátria, kétségtelenül – és nemcsak a most véget ért „Agy évtizedében”, hanem már előtte is – jelentős haladást ért el, minden szempontból. Ez elsősorban persze a diagnosztikát és a terápiát érinti, de nyilvánvaló, hogy emögött az új ismeretek rendkívüli mértékű halmozódása áll. Ha teljes szemléletváltásról és terápiás áttörésekről beszélünk, az a realitás.

Mindkét betegség az utóbbi években és jelenleg is a kutatások fókuszában van, mert a jelenlegi pszichiátriai fejlődési irányzat, ami elsősorban a biológiai megalapozottságú szemléletet jelenti, modell-kategóriaként tartja számon mindkettőt. Ez azt is jelenti, hogy ma már neuro-anatómiailag és neuro-biokémiailag olyan pathomechanizmusokat tudunk megalapozni, amelyek esetében, még csak néhány éve is, ennek lehetősége fel sem merült, hanem szociál-pszichiátriai elméletekkel magyaráztuk és pszichoterápiával kezeltük ezen állapotokat.

A két eset persze különböző. A Pánikbetegség – mint

magában a cikkben a Szerző kifejti – régen ismert, azonban más „néven” és más diagnosztikai kritériumok alatt, főleg azonban más módszerekkel kezelték. Nem ritka ez az orvostudomány egyéb területein, de ebben az esetben a pszichiáterek érezhetik úgy, hogy inkább többé, mint kevésbé megoldott a kérdés, és a beteg kezelése igen szép reményekkel kecsegtet. A kényszerbetegség is nagyon régi kategória, és nevét is meg kellett változtatni, a lényeges változás azonban a betegségfogalom újabb időkbéli – sokkal pontosabb – kidolgozása. Az új, hatékony kezelésmódok (meg kell említenem ezek között elsősorban a joggal megdöbbentőnek érzett új pszichosebészeti módszereket!) pedig ezt a betegséget is kiemelték a reménytelennek tartott emberi szenvedésforrások közül.

Nem látom messze azt az időt, amikor ezek a mentális betegségek, a legnagyobb természetességgel, minden további nélkül kikezelhetők – de mindenképpen kontrollálhatók – lesznek a családorvosi gyakorlatban, és így a rehabilitációnak, a teljes értékű, a beteg számára otthonában és aktivitási terein jól élhető életet tudunk majd – házi orvoslási eszközökkel – biztosítani.

Dr. Funk Sándor

Dr. Gábor S. Pál

## A pánikbetegség

A világon mindenütt a nők 5%-a, a férfiak 2%-a pánikbeteg, de a súlyos depressziósok 25%-át szintén érinti ez a betegség. A kórkép lényege a szorongásos roham, amelynek során a beteg nem kap levegőt, mellkasi fájdalmat érez, torkában érzi a szívét, pulzusa felgyorsul, halálfélelemmel küzd, gyakran fél a megőrüléstől, reszket, remeg, verejtékezik, miközben többnyire szívinfarktustól retteg. A szorongásos roham gyakran következik be éjszaka (ami miatt a beteg elaludni nem mer), de bekövetkezhet bármelyik napszakban, akár egymást követően több alkalommal is. A beteg állandó rettegésben él, félve a következő rohamtól, melynek következtében nem meri egyedül elhagyni otthonát, nem képes járműre szállni, sorban állni, liftbe belépni, hídon átmenni, stb. A betegek fele depressziós lesz, nem hiszi el, hogy valaha meggyógyulhat, rosszul alszik, nem képes kipihenni magát, rossz gondolatok gyötrik, jóllehet, fél a haláltól, mégis kísérti az öngyilkosság gondolata. A beteg szakszerű kezelés nélkül éveket, évtizedekig

kínálódhat, miközben emberhez méltatlan, nyomorúságos életet él.

A betegek jelentős részét leszámolva, sokan lesznek alkoholisták, gyógyszerfüggők, kísérelnek meg öngyilkosságot.

A többszázezer magyar pánikbeteg jobban ismeri betegségét, mint az orvostársadalom többsége, pedig a felismerése nem igényel különös képzettséget.

A fő gond abból származik, hogy az egyetemi oktatásból egyenesen kimaradt a pánikbetegség problémaköre, tekintettel arra, hogy megértéséhez az utolsó húsz év agykutatása, a biokémia, a gyógyszerkutatás eredményeinek ismerete szükséges.

A beteg néhány hét alatt panaszmentessé tehető, azaz megszűnik a szorongásos roham, a rohamoktól való félelem, a közlekedési képtelenség és a betegséghez gyakran társuló depresszió. Ugyanez vonatkozik a betegség speciális formára, az ideggyógyászati formára: ebben az esetben a fejfájás, illetve szédülés jellemzi a rohamot, ám a jól kivizsgált beteg a negatív eredmények ellenére „agytörzsi keringészavar” vagy „agyér-szűkület” diagnózist kap, gyógyszeresen pedig értágítókat, nyugtatókat,

természetesen minden eredmény nélkül.

Hasonló az eset a pánikbetegség hasi formájával, ahol bizonytalan rohamokban jelentkező hasi fájdalom mellett lép fel a halálfélelem vagy akár a megőrüléstől való félelem, verejtékezés, remegés, önmaga „kívülről való” szemlélése stb. mellett.

A betegek a negatív leletek ellenére néha nehezen kerülnek el a műtétet, vagy a hasi szervek krónikus gyulladásaiként értékelik bajukat és ennek megfelelően kezelik őket. Természetesen szintén minden eredmény nélkül, krónikus epehólyag-gyulladás vagy krónikus gyomorhurut diagnózissal.

A több évtizedig szenvedő betegek fele a betegségnek mindhárom fajtáját átéli rengeteg szenvedéssel, sokszoros kivizsgálással, illetve vizsgálatokkal, tengernyi negatív lelettel. Külön gondot jelent a betegek számára, hogy betegségük ismeretének hiányában az orvosok sokszor tekintik őket szimulánsnak, táppénzcsalónak, vagy pedig azt állítják, hogy betegségüket csak beképzelik, vagy hogy erős akarattal betegségük „legyőzhető”. A betegségnek kiszolgáltatott beteg a pokol bugyrait járja, miközben megalázzák, semmibe veszik, segítség he-

Dr. Gábor S. Pál

lyett emberhez méltatlan elbánásban részesülnek. Ma már tudjuk, hogy a betegség agyi anyagcserezavar, elsősorban a szerotonin nevű agyi „üzenetközvetítő” anyag hiányával függ össze a molekuláris receptorok túlérzékenysége mellett.

A szerotonin a hangulati, érzelmi élet meghatározója, hiányában képtelenek vagyunk alkalmazkodni. A pánikbetegség a rohamokban megnyilvánuló tünetek, a közlekedési képtelenség mellett számos egyéb panaszt is okoz, így pl. negatív gondolatokkal kell a betegnek megküzdenie, gyakori a belgyógyászati szerekkel, nyugtatókkal nem befolyásolható vastagbélhurut, a különböző nyaki, ágyéktáji csigolyafájdalom. A betegek 25%-a magas vérnyomásban szenved, vérnyomása alig beállítható és egynegyede kap az idők folyamán szívinfarktust.

Ma már a pánikbetegség gyógyítható, létezését ép elméjű és ép érzékű ember nem vonja kétségbe. A betegség felismerésében és gyógyításában az orvostudomány felhasználja többek közt nyolc Nobel-díjas természettudós munkásságát, akik támogatják ezt a munkát, amely az öngyilkos magatartásban a depresszió és a pánikbetegség fontoságát hangsúlyozza.

A pánikbetegség kutatói német és angolszász nyelvterületen 23 névvel

illették 1832-től a betegséget (táblázat). A pioníroknak járó tisztelet illeti meg őket, de a diagnózisukat már nem, mert a pánikbetegség ismeretében ezek már elfogadhatatlanok, kerülendők. (1. táblázat)

Fenti diagnózisokat egy jól képzett orvos már nem használja (nem követik terápiai kötelezettségeket).

A pánikroham tökéletes leírását adja *Hope*, a világ első kardiológiai könyvének szerzője, 1832-ben. Kevés félelem van a világon – írja –, amely több szorongást okoz az ember tudatában, mint ez. Az ember végzetét érzi organikusnak vélt szívpanaszában, amely pedig nem más, mint eltúlzott gondolat, rémlátomás. Valószínűleg ő is pánikbeteg lehetett, mint a szerzők jó része (így maga *Freud* is). A leírás pedig a magatartás terápia alapját is képezi néhány utolsó szavával, amelyet az angol pszichiáter dolgozott ki a dél-afrikai születésű *Wolpe* vezetésével. A pánikbetegség okai közt a nagy külső pszichotraumák mellett az örökletességnek van meghatározó szerepe. A pánikbetegség mellett –felmenő ágon – sok az öngyilkosság, depresszió, cukorbetegség, magas vérnyomás, alkoholizmus. Nagyon fontos az első két év zaklatottsága (szülők alkoholizmusa, valamelyik szülő elvesztése), az óvodás, illetve a korai is-

kolaévekben jelentkező félelem (iskola-fóbia hányingerrel, hasi fájdalommal, fejfájással).

A pánikbetegség felfedezője és első gyógyítója *Donald F. Klein*. 1980 óta ismert e betegség ezen a néven a világon.

Gyógyításában meghatározó szerepe van az antidepresszánsoknak, a gyógyszeripar fejlődésével az SSRI-nek (fluvomaxin, fluoxetin, citalopram, sertralin).

A nagy potenciális benzodiazepinek a kezelés első időszakában játszanak jelentős szerepet (néhány napig fokozódhatnak a tünetek). (A későbbiekben magatartásterápiával – a „tanult” – viselkedésmintákat kioltani.)

A gyógyszeres kezelés során a megfelelően kiválasztott gyógyszerek kis mennyiségével kell indulni, melyet fokozatosan kell emelni. A betegség néha hihetetlen gyorsan megszűnik, de a gyógyszer szedése hónapokig, évekig lehet indokolt.

A gyógyításban nagy szerepe van a beteget támogató pszichoterápiának, az önmegvalósításban szerepet játszó orvosi segítségnek, az orvos pszichoterápiái ügyességének, szemeélyiségének.

A 90 éve az öngyilkosságban jó ideig világszerte Magyarország orvosai a pánikbetegség gyógyításával – szavakba nem foglalható – szenvedésektől tudják megszabadítani az arra rászorulókat, az orvosképzés és továbbképzés pedig fedezete lehet a magyar végzetnek vélt öngyilkosság felszámolásának.

1. táblázat:

**A pánikbetegség korábbi elnevezései az angolszász és német nyelvterületen:**

1. Nervous palpitations	Hope, 1832, Williams 1836
2. Nervöses Herzklopfen	Stokes, 1855
3. Inflammatory pain	Coote, 1858, Inman, 1858
4. Herzneurosis	Friedreich, 1867
5. Hyperkinesis cordis	Oppolzer, 1867
6. Irritable heart	McLean, 1867, Da Costa 1871
7. Neurasthaenia	Beard, 1880
8. Angstneurose	Beard, 1895
9. Neucirculatory asthaenia	Oppenheimer, 1918
10. Effort syndroma	Lewis, 1918
11. Cardiac neorosis	Hamburger, 1915, Schnur, Caughey 1939
12. Vegetativ dystonia	Wichmann, 1934
13. Psychovegetativ syndroma	Thiele, 1934
14. Da Costa syndroma	Wood, 1941
15. Functional cardiovascular disease	Friedmann, 1947
16. Vegetativ syndroma	Birkmayer, Winkler, 1951
17. Anxiety reaction	Am. Psych. Association, 1952
18. Herzhypochondrie	Brautigam, 1916
19. Herzphobie	Kuhlenkampff, Bauer, 1960
20. Vegetativ psychosyndroma	Stahelin, 1968
21. Functinalis cardiovascularis syndroma	Uexhüll, 1962
22. Általános psychosomatikus syndroma	Bratigen, Cristian, 1981
23. Psychovegetativ dysregulatio syndroma	Pöldinger, 1982

**Irodalomjegyzék:**

Gábor S. Pál: *The neurological (cerebral) and abdominal forms of panic disorder and their differential diagnosis.* V. Biol. Pszich. Világkongresszus Firenze, 1991, IX. Pszich. Világkongresszus, Rio de Janeiro, 1993, XIX. CINP Kongresszus, Washington, 1994, XX. CINP Kongresszus, Melbourne, 1996.

Gábor S. Pál: *A pánikbetegség cerebrális és abdominális formái, nem kardiológiai jellegű szomatikus vonatkozásai.* Pszich. Kong. 1992, 799-106.

Karton W.: *Panic disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment.* J.Clin. Psychiat. 1986, 47:21-27.

Hirschfeld R.M.A.: *Panic disorder: diagnosis, epidemiology and clinical course.* J.Clin. Psychiat. 1996. 57/ suppl 10/3-8.

Klein D.F.: *Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes.* Psychopharmacologia, 1964, 5:397-408.