

NICE irányelv a pánikbetegség kezelésére¹

Bevezető

A pánikbetegség lényegét a visszatérő, súlyos szorongással járó rohamok jelentik, melyek nyomában a személy legalább 1 hónapja él át félelmet egy esetleges újabb roham kialakulásától, annak következményeitől, és olyan változás tapasztalható a viselkedésében, mely a pánikrohamokkal hozható összefüggésbe. Megkülönböztetünk pánikzavart agorafóbiával, illetve agorafóbia nélkül, lefolyásában változó súlyosságú lehet, előfordulhatnak rekurrens állapotok. A pánikbetegség fő tünetei (BNO szerint):

1. palpitatio (heves szívdobogás), szopora szívverés (tachycardia)
2. izzadás
3. remegés, reszketés
4. fulladás- vagy légszomj-érzés
5. fuldoklás (torokgombóc-érzés)
6. mellkasi fájdalom vagy diszkomfort
7. hányinger vagy hasi diszkomfort
8. szédülés, bizonytalanság vagy ájulásérzés
9. derealisatio (a realitás elvesztésének érzése) vagy depersonalizatio (olyan érzés, mintha elvált, elszakadt volna saját testétől)
10. megőrüléstől vagy az önkontroll elvesztésétől való félelem
11. halálfélelem
12. paresthesiák (zsibbadás, érzéketlenség, bizsergés)
13. hidegrázás vagy kipirulás, hevülés

A fenti tünetek közül legalább 4 (vagy több) hirtelen fejlődik ki és maximális intenzitását 10 perc alatt eléri.

Ahol csak lehetséges, a terápiás beavatkozás célja, hogy a páciens tünetmentessé váljon, és ezzel jobb életminőséget és a visszaesések valószínűségének csökkenését érjük el.

Általános alapelvek a pánikbetegség ellátásában

Közös döntéshozatal és tájékoztatás

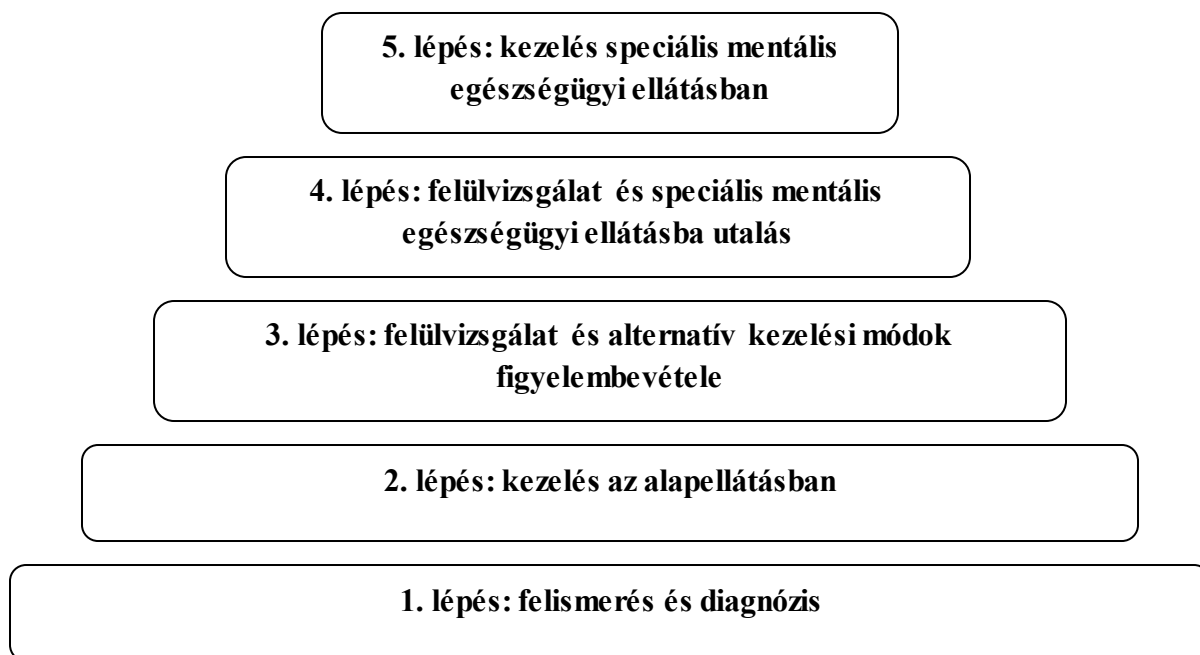
A diagnózis felállítása és a kezelés minden szakasza során elengedhetetlen a beteg és a szakember közös döntéshozatala, amelyet a következőkkel segíthetünk:

- nyújtunk hiteles információkat a kezeléstről

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-Guidance#principles-of-care-for-people-with-panic-disorder>

- nyújtunk információkat a pánikbetegség természetéről, folyamatáról és a kezelési lehetőségekről, beleértve a gyógyszeres kezelés lehetséges mellékhatásait
- beszéljük át közösen a páciens aggodalmait a kezeléssel kapcsolatban úgy, mint félelem a függőség kialakulásától
- a kezelés kiválasztása során vegyük figyelembe a személy preferenciáit és a korábbi kezelések hatékonyságát
- nyújtunk információt a beteg hozzátartozói számára az elérhető támogató csoportokról
- Nyelvezet: használjunk mindennapos, szakzsargon-mentes nyelvet, illetve magyarázzuk el a szakkifejezéseket

A pánikbetegség kezelési modellje a progresszív betegellátásban



Angolszász sajátosság a szorongásos és hangulatzavarok alapellátása a háziorvosi és családgyógyászati keretek között. Hazánkban ez nem jellemző, ezért az alább leírtakat bátran lehet alkalmazni a klinikai pszichológiai munka bármely szintjén (alapellátás, pszichiátria és pszichológiai ellátás)

1. lépcső: Felismerés és diagnózis

- Konzultációs készségek: magas szintű konzultációs készségekre van szükség a diagnózis és a kezelési lehetőségek strukturált megközelítéséhez
- Diagnózis: a diagnózis pontosításához szükséges a részletes anamnézis, mely magába foglalja a személyes élettörténet releváns információit, az esetleges öngyógyító módszereket, és minden egyéb olyan kulturális és egyéni jellemzőt, amely fontos lehet a későbbi kezelés szempontjából
- Komorbiditás: legyünk tisztában a leggyakoribb társuló betegségekkel és tisztázzuk a problémák prioritásának sorrendjét- a betegségek kialakulásának idői sorrendjének áttekintése segíthet ebben.

Ha a pánikroham baleseti és sürgősségi osztályokon jelenik meg, a következők a teendők:

- kérdezzék meg a személyt, hogy kezelik-e már pánikbetegséggel;
- minimális vizsgálatokkal igyekezzenek kizárni az akut fizikális problémát;
- általában nem szükséges orvosi vagy pszichiátriai osztályra befektetés;
- küldjék vissza az alapellátásba további kezelésre akkor is, ha baleseti vagy sürgősségi osztályra történt a felvétel;
- nyújtsanak írásbeli tájékoztatást a páciens számára a pánikbetegségről és arról, miért az alapellátás indokolt;
- ajánljanak fel írásos tájékoztató anyagokat az elérhető támogató forrásokról, beleértve a helyi és országos önkéntes és önszolgáltató csoportokat.

2-4. lépcső:

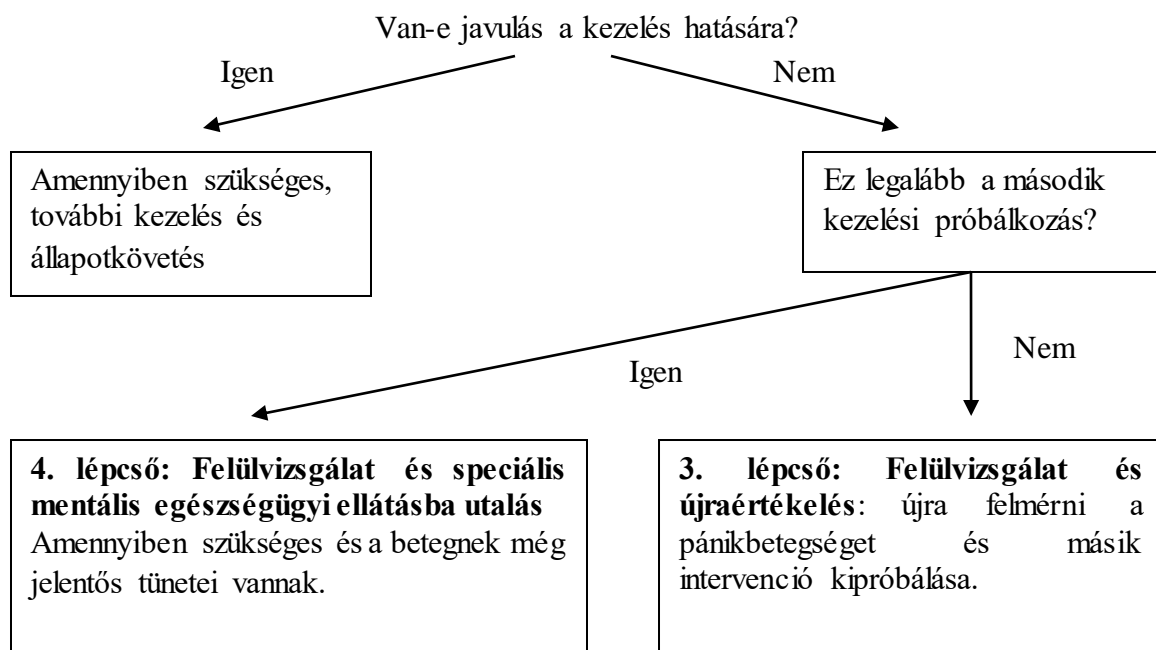
A pánikbetegség kezelése az alapellátásban: pszichoterápia, gyógyszeres kezelés és önsegítés

Szóbeli és írásbeli tájékoztató anyagot kell biztosítani az egyes kezelési lehetőségek előnyeiről és hátrányairól, beleértve a gyógyszeres kezelés lehetséges mellékhatásait és az elvonási tüneteket. A kezelés kiválasztásának alapja az, hogy a beteg milyen kezelést részesít előnyben.

2. lépés az alapellátásban: pszichoterápia

- kognitív viselkedésterápia
- a kezelést képzett és ellenőrzött szakember végezze, aki az empirikusan megalapozott protokoll szerint dolgozik
- a legtöbb ember számára elegendő 7-14 alkalom, hetente 1-2 órában, körülbelül 4 hónapon át
- összesen 7-14 ülés az optimális kezelési idő
- rövidebb kognitív viselkedésterápia is felajánlható (körülbelül 7 ülés), ekkor a kezelést úgy kell kialakítani, hogy integrálja a strukturált önsegítő anyagokat, illetve egészítsük ki célzott feladatokkal és információkkal
- egy intenzívebb kognitív viselkedésterápia is hatékony lehet rövidebb időperiódusban alkalmazva
- Állapotkövetés és ellenőrzött gyakorlat
 - a terapeuta - eseti elbírálás alapján - értékelje a terápia folyamatát
 - használjon rövid önkitöltős kérdőíveket az eredmények monitorozására, amennyire csak lehetséges

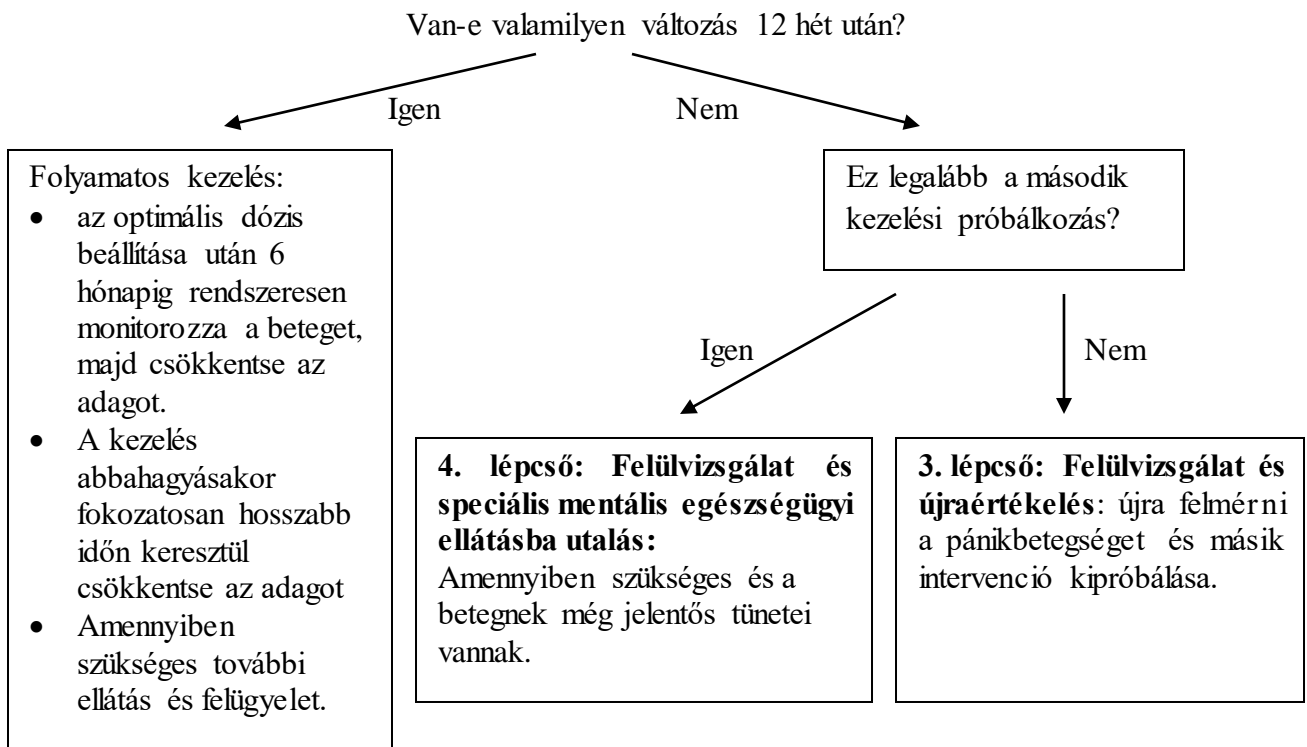
Folyamatábra



3. lépés az alapellátásban: gyógyszeres kezelés

- Elsőként SSRI kezelés ajánlott
- Amennyiben az SSRI kezelés során az első 12 hetes periódus alatt nincs javulás ajánljuk fel a betegnek imipramint vagy clomipramint
- Tájékoztassuk a beteget a kezelés megkezdésekor:
 - a lehetséges mellékhatásokról (beleértve azt is, hogy a kezelés megkezdésekor átmenetileg emelkedhet a szorongás);
 - elvonási tünetekről;
 - a hatás esetleges kései megjelenéséről;
 - a kezelés idői lefolyásáról;
 - az előírásnak megfelelő gyógyszeresedés fontosságáról (ez különösen fontos lehet a rövid felezési idejű gyógyszereknél az elvonási tünetek elkerülése érdekében).
- A beteg igényeinek megfelelően írásos tájékoztatást is biztosítani kell.
- A kezdeti mellékhatások minimalizálhatók, amennyiben a kezelést alacsony dózissal kezdjük és lassan emeljük addig, amíg el nem érjük a terápiásan kielégítő hatást.
- A gyógyszer felírása előtt vegye figyelembe a következő tényezőket: életkor, korábbi kezelések, szándékos önkárosítás kockázata, véletlen túladagolás (a triciklikus antidepresszánsok túladagolása sokkal veszélyesebb, mint az SSRI gyógyszeré), gyógyszer tolerancia, lehetséges kölcsönhatások az egyidejűleg szedett gyógyszerek között, a személy preferenciái, költséghatékonyság
- **Benzodiazepin, szedatív antihisztaminok és antipszichotikumok nem írhatók fel a pánikbetegség kezelésére!**
- Állapotkövetés és ellenőrzött gyakorlat:
 - A kezelés kezdetén kéthetente, majd 4, 6 és 12 hetenként ellenőrizzük a kezelés hatékonyságát és a lehetséges mellékhatásokat
 - 8-12 hetenként felülvizsgálatra van szükség, amennyiben a gyógyszeres kezelés több, mint 12 hétig tart
 - Az előírásnak megfelelően természetesen minden további ellenőrzés elvégzése is szükséges
 - ha lehetséges önkitöltős kérdőívekkel is mérjük fel a kezelés hatékonyságát

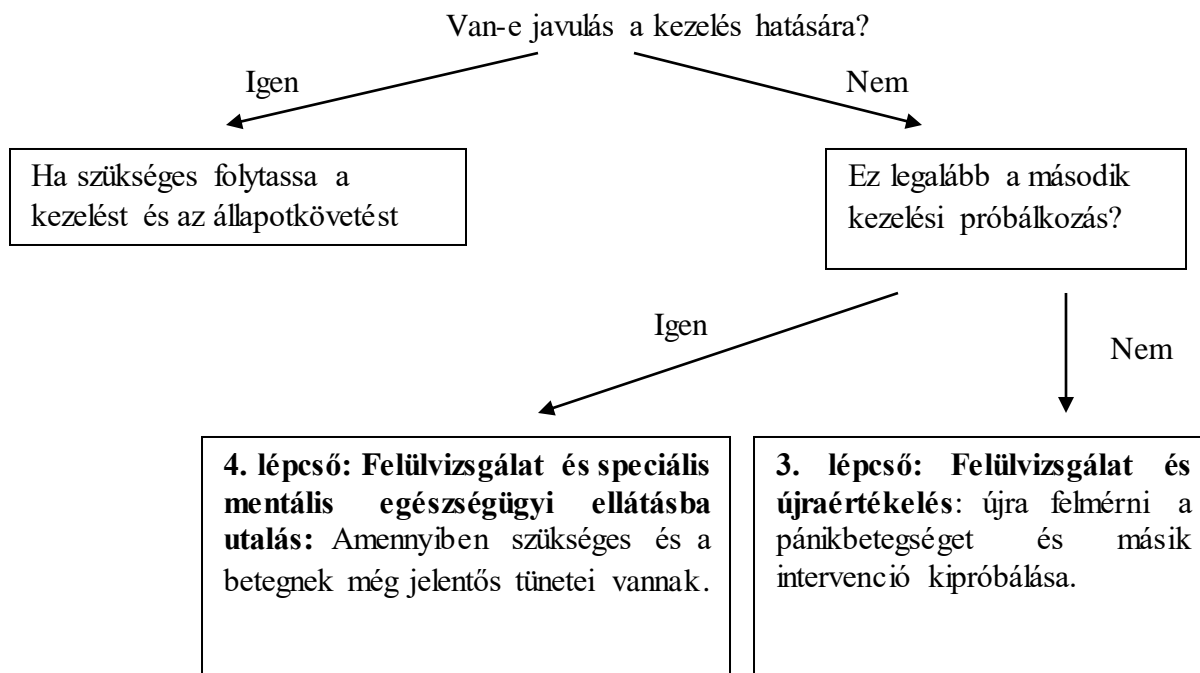
Folyamatábra



4. lépés az alapellátásban: önsegítés

- Ajánljon fel tájékoztató anyagokat a kognitív viselkedésterápia alapelvei alapján
- Adjon tájékoztatást az elérhető önsegítő csoportokról
- Beszéljék meg a gyakorlás előnyeit, mint az általános jó egészségi állapot részét
- Állapotkövetés és ellenőrzött gyakorlat:
 - Ajánlja fel, hogy az alapellátás szakemberei nyomon követik a javulás folyamatát és kb. 4-8 hetente felülvizsgálják a folyamatot
 - önkitöltős kérdőívekkel is mérje a hatékonyságot, amennyire lehetséges

Folyamatábra



5. lépcső: Pszichiátriai vagy pszichoterápiás szakellátás: rányelvek a pánikbetegség kezelésében

Mérje fel újra a pánikbetegség súlyosságát a környezet és a családi helyzet figyelembevételével, ezen belül:

- a korábbi kezeléseket és ezek hatékonyságát
- a különböző anyagok használatát, beleértve nikotín, alkohol, koffein és drogok
- a lehetséges társuló betegségeket
- a mindennapi funkcionálást
- a beteg szociális hálózatát
- a jelenleg is fennálló krónikus stressz forrásokat
- az agorafóbia szerepét és egyéb elkerülő viselkedések szerepét

Esetkonceptualizálás: Mindezek felméréséhez és egy átfogó kép kialakításához és megosztásához, több mint egy ülés biztosítása lehet szükséges.

Szükség van egy átfogó kockázatfelmérésre és ez alapján egy kockázatkezelési terv kidolgozására, amely során vegye figyelembe:

- társuló betegségek kezelését

- amennyiben eddig még nem lett felajánlva:
 - kognitív viselkedésterápia tapasztalt terapeuta vezetésével, beleértve az otthoni alkalmazást, amennyiben a klinikára bejárás nem megoldható
- strukturált problémamegoldás
- a gyógyszeres kezelés lehetőségének teljes felmérése
- családtagok és gondozók támogatása

A hatékony kezeléshez elengedhetetlen a megfelelő kommunikáció biztosítása az egészségügyi dolgozók között- különösen az alapellátás (házi orvos) és a szakellátás szakemberei között.

Az antidepresszáns gyógyszerelés abbahagyása /elvonási tünetek:

Tájékoztassa a beteget, hogy:

- bár az antidepresszánsok esetén nem alakul ki tolerancia és sóvárgás, a gyógyszereszedés felfüggesztése vagy egy-egy adag kihagyása esetén elvonási tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek általában enyhék és maguktól csökkennek, de néha súlyosak is lehetnek, különösen akkor, ha a beteg hirtelen hagyja abba a gyógyszereszedést.
- A leggyakrabban tapasztalt elvonási tünetek: szédülés, zsibbadás és bizsergésérzés, emésztőrendszeri zavarok (különösen hányinger és hányás), fejfájás, izzadás, szorongás és alvásproblémák
- Kérjen tanácsot orvosától, amennyiben jelentős elvonási tüneteket tapasztal
- Az elvonási tüneteket minimalizálására javasolt a gyógyszeradag fokozatos csökkentése
- *Enyhe elvonási tünetek:* elegendő a beteg megnyugtatótatása és a rendszeres monitorozás.
- *Súlyos elvonási tünetek* esetén: szükséges az antidepresszáns visszaállítása, vagy egy hasonló típusú, de hosszabb felezési idejű gyógyszer felírása majd az adag fokozatos csökkentése a tünetek monitorozása mellett.

Az összefoglaló alapjául szolgáló részletes tájékoztató az irányelvekről elérhető a NICE honlapján:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-Guidance#principles-of-care-for-people-with-panic-disorder>

További beteg-tájékoztató anyagok elérhetők a Klinikai Pszichológiai Tanszék honlapján: http://www.sote.hu/intezetek/info/?inst_id=45&page_id=62

További magyar nyelvű szakirodalom a témában:

1. Kopp, M., Fóris, N. (1993): *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Budapest, Végeken.

2. Clark, D., M. (2000): Pánikzavar: Az elmélettől a terápiáig. In: *A kognitív terápia térhódítása* (szerk: Salkovskis, P.M.), Budapest, Animula Kiadó, 245-264.
3. Mórotz, K. (2019) A pánik és az agorafóbia. In: *Kognitív viselkedésterápia* (szerk. Perczel-Forintos D., Mórotz, K., Medicina Kiadó, Budapest, 231-262.
4. Beck, A. T., Emery, G.(1999): *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Animula Kiadó, Budapest.
5. Ajtay Gyöngyi (2010): Szisztematikus deszenzitizálás agorafóbia esetében. In: Perczel-Forintos, D. és Kiss, Zs. (szerk.): *Higgyünk a szemünknek. Kognitív viselkedésterápiás esettanulmányok*. 93-114. old. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest,.

Az összefoglalót készítette Dr. Perczel-Forintos Dóra és Papp Ildikó.