

## Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pánikbetegségről

(hatályos: 2017.10.04 - )

2017. EÜK. 15. szám EMMI szakmai irányelv

**Típusa:** Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

**Azonosító:** 002039

**Érvényesség:** 2021. 10. 01.

### I. AZ IRÁNYELV FEJLESZTÉSBE RÉSZTVEVŐK

#### Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

##### 1. Pszichiátria és Pszichoterápia Tagozat

**Dr. Németh Attila Ph.D.**, pszichiáter, neurológus, klinikai farmakológus, pszichoterapeuta, addiktológus szakorvos, Nyírő Gyula Kórház-Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, szakmai koordinátor, társszerző, kapcsolattartó

**Dr. Ágoston Gabriella**, pszichiáter és klinikai farmakológus szakorvos, magánpraxis, társszerző

#### Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

##### 1. Gyermekpszichiátria és Addiktológia Tagozat

**Dr. Pászthy Bea:** tagozatvezető, véleményező

##### 2. Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat

**Dr. Császár-Nagy Noémi:** tagozatvezető, véleményező

##### 3. Háziorvostan tagozat

**Dr. Szabó János:** tagozatvezető, véleményező

##### 4. Gyermek Alapellátás Tagozat (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás)

**Dr. Póta György:** tagozatvezető, véleményező

##### 5. Neurológia Tagozat

**Prof. Dr. Bereczki Dániel:** tagozatvezető, véleményező

**„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”**

**„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”**

**Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői:**

**Dr. Balázs Judit Ph.D.**, pszichiáter és gyermekpszichiáter szakorvos, egyetemi docens, ELTE Pszichológiai Intézet, felkért szakértő

**Dr. Perczel-Forintos Dóra Ph.D.**, tanszékvezető egyetemi docens, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, habil. egyetemi docens, Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológiai Tanszék, felkért szakértő

#### **Betegszervezetek tanácskozási joggal:**

**Sötét Nappalok, Fényes Éjszakák Egyesület**

**Vidor Eszter**, pedagógus, tapasztalati szakértő, tanácskozási joggal

## II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

## III. HATÓKÖR

**Egészségügyi kérdéskör:** pánikbetegség

**Ellátási folyamat szakasza(i):** diagnosztika, terápia, gondozás, rehabilitáció

**Érintett ellátottak köre:**

a pánikbetegség tüneteit mutató, felnőtt, illetve gyermek- és serdülőkorú lakosság

**Érintett ellátók köre**

**Szakterület:** 0900 neurológia

1800 pszichiátria

1804 pszichiátriai rehabilitáció

1805 pszichoterápia

2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria

2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció

7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képesítéssel)

6301 háziiorvosi ellátás

6302 házi gyermekorvosi ellátás

6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziiorvosi ellátás

**Egyéb specifikáció:** –

#### IV. MEGHATÁROZÁSOK

##### 1. Fogalmak:

**Pánikroham:** Hirtelen fellépő, kb. 10 percen belül maximumra fokozódó, több szomatikus és pszichés tünettől járó intenzív szorongás és diszkomfort érzés.

**Pánikbetegség:** Visszatérő, ismétlődő pánikrohamok, melyek hatására a beteg szorongani kezd egy esetleges következő rohamtól és/vagy viselkedése jelentősen megváltozik, hogy az esetleges rohamokat el tudja kerülni.

**Agorafóbia:** Olyan helyzetektől való félelem és ezeknek a helyzeteknek az elkerülése, ahol pánikroham vagy diszkomfortérzés esetén nincs kéznél azonnali segítség vagy az elmenekülés nehéz lenne.

**Komorbiditás:** Pánikbetegséghez gyakran társuló kórképek (pl. egyéb szorongásos zavar, major depresszió, szerabúzus,- dependencia).

**Major depresszió:** A hangulati élet tartós, negatív irányú változásával járó betegség, melyet az affektív tüneteken kívül vegetatív, szomatikus és kognitív eltérések jellemeznek.

**Antidepresszívum:** Hangulatzavarok és szorongásos zavarok kezelésére használt gyógyszerfamilia.

**Anxiolitikum:** szorongásos állapotok kezelésére általában rövid ideig alkalmazott szerek.

**Pszichoedukáció:** A beteg felvilágosítása a betegségéről, annak kezelés nélküli lefolyásáról, a kezelés lehetséges alternatíváiról, a kezelés menetéről, és a kezelés várható tartamáról.

##### 2. Rövidítések:

AD: antidepresszívumok

AAP: atipikus antipszichotikumok

BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. verziója

BZD: benzodiazepin

CANMAT: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment

CBT: kognitív viselkedésterápia (Cognitive Behaviour Therapy)

CV: kardiovaszkuláris (cardiovascular)

CYP450: citokróm oxidáz P450 enzimrendszer

DB-RCT: kettős-vak randomizált kontrollált vizsgálat (Double Blind Randomized Controlled Trial)

DSM-5: Amerikai Pszichiátriai Társaság Mentális Zavarok Kézikönyvének 5. verziója (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder)

EBM: bizonyítékon alapuló orvoslás (Evidence-Based Medicine)

FFT: családterápia (Family Focused Therapy)

GAD: generalizált szorongásos zavar (Generalised Anxiety Disorder)

ICGDA: International Consensus Group on Depression and Anxiety

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

OCD: Kényszerbetegség (Obsessive-Compulsive Disorder)

RCT: Randomizált kontrollált vizsgálat (Randomized Controlled Trial)

SSRI:

szelektív szerotonin visszavétel-gátló antidepresszívumok csoportja (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)

SNRI:

szerotonin és noradrenalin visszavétel gátló antidepresszívumok csoportja (Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitor)

TAU: standard kezelés (Treatment As Usual)

TCA: Triciklusos antidepresszívumok csoportja

TIA: Átmeneti agyi keringési zavar (Transient Ischaemic Attack)

WFSBP: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

### **3. Bizonyítékok szintje**

Jelen irányelvben Katzman MA és munkatársai (CANMAT) beosztását alkalmaztuk [2].

1. szint: Az eredményeket több, egy irányba mutató eredményekkel rendelkező (vagyis replikált), kettős-vak, randomizált, kontrollált vizsgálat (DB-RCT), vagy az ilyen vizsgálatok metaanalízise szolgáltatja.
2. szint: Az eredmények legalább egy DB-RCT-ből származnak, amely(ek) placebo- vagy aktív szer- kontrollt alkalmazott (alkalmaztak).
3. szint: Az eredmények nem kontrollált vizsgálatból származnak, amelybe legalább 10 személyt vontak be.

4. szint: Az eredmények esetismertetésből vagy szakértői véleményből (expert opinion) származnak.

Azokon a szöveghelyeken, ahol az evidenciaszintek külön nem kerültek megjelölésre, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatain alapul az adott állítás.

#### 4. Az ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta.

**Erős ajánlás:** a fejlesztőcsoport EBM-en alapuló meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök *egyértelműen* meghaladják a hátrányokat.

**Feltételes ajánlás:** A fejlesztőcsoport EBM-en alapuló meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök *feltehetően* meghaladják a hátrányokat.

Általában minél magasabb evidencia szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az „erős ajánlás” megfogalmazás lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározásáról egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolhatják.

A gyógyszeres kezelés konkrét hatóanyagokra vonatkozó CANMAT ajánlásai (elsőként választandó, másodikként választandó, stb módon jelölve az erősségi rangsorolást) a fejlesztőcsoport szerint a magyar ellátórendszerben változtatás nélkül megvalósíthatók, kiemelve azonban, hogy a hazai alkalmazásban az egyes szerek hazai hatályos alkalmazási előíratait kell figyelembe venni.

*Elsőként választandó:* 1-es vagy 2-es evidencia szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát. *Másodikként választandó:* 3-as vagy magasabb evidencia szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát. *Harmadikként választandó:* 4-es vagy magasabb evidencia szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát. *Nem ajánlott:* 1-es vagy 2-es evidencia szintű bizonyítékok szólnak a szer hatástalanságáról.

## V. BEVEZETÉS

### 1. A témakör haza helyzete, a témaválasztás indoklása

A pánikbetegség a szorongásos zavarok körébe tartozik, melyek a leggyakoribb pszichiátriai kórképek csoportját jelentik világszerte, kb 31% élettartam előfordulási gyakorisággal. Magas előfordulási gyakoriságuk ellenére a felismerésük és adekvát kezelésük elmarad a várttól [1,2,3]. Felismerés és hatékony kezelés nélkül a betegség súlyosbodik, egyre nagyobb terhet ró a betegre és környezetére is. Az életminőség romlásán túl jelentősek a pszichoszociális változások (pl. elkerülő magatartás) és fokozódik a komorbid állapotok megjelenésének rizikója. A fel nem ismert szorongásos zavarok direkt és indirekt egészségügyi költsége igen magas (a felesleges és drága vizsgálatok, gyakori orvoshoz fordulás, helytelen és túlzásba vitt gyógyszerfelhasználás miatt) [4].

A pánikbetegségre is érvényesek a szorongásos zavarok általános jellemzői. A pánikbetegség élettartam prevalenciája különböző vizsgálatok szerint 2–4%, [2,3,5,6], egyéves prevalenciája 2.3%-ra becsült [3]. A pánikrohamok gyakorisága ennél jóval gyakoribb, élettartam gyakoriságuk 28.3%, egy éves prevalenciájuk 6.4–11.2% [2]. Évente az átlagpopuláció kb 8–10%-a átél pánikrohamot anélkül,

hogyan pánikbetegsége lenne [7]. Fiataloknál fellépő pánikroham (mely nem meríti ki a pánikbetegség diagnózisát) pszichiátriai betegségek, későbbiekben kifejlődő pánikbetegség, egyéb szorongásos zavar, bipoláris vagy unipoláris major depresszió, szerfüggőség, evészavarok, pszichotikus zavarok, személyiségzavarok előjelzője lehet [2].

Hazánkban végzett epidemiológiai vizsgálat szerint a pánikbetegség élettartam prevalenciája 4.4%, egyéves prevalenciája pedig 3.1% [8]. Az epidemiológiai vizsgálatok szerint a nő:férfi arány 2:1-hez, azaz kétszer több a pánikbeteg nő. A pánikbetegségben szenvedők jellegzetes koreloszlást mutatnak: a betegség indulása leggyakrabban 18–25 éves kor körül figyelhető meg, és maga a betegség leginkább a 25–40 év közötti korosztályt érinti [9].

A fiatal felnőttkorban induló, nem kezelt betegség negatívan hat az életminőségre, a személyiségfejlődésre, a munkahelyi teljesítőképességre, fokozza a szerfüggések kockázatát és komorbid major depresszió kialakulásán keresztül szuicid kockázatot is jelent [2,4,9]. Az utóbbi évek interdiszciplináris megközelítései a szorongásos zavarban, így pánikbetegségben szenvedő, nem kezelt betegek kardiovaszkuláris kockázatának fokozódására hívják fel a figyelmet [10,11,12,13,14].

Mindezek a pánikbetegség és az esetlegesen hozzá társuló egyéb kórképek korai diagnózisának és hatékony kezelésének szükségességét hangsúlyozzák. Jelen irányelv célja, hogy a pánikbetegségről alkotott korszerű bizonyítékon alapuló ismereteink tudományos összefoglalásával segítse a betegség minél korábbi felismerését, kezelésének hatékonyságát, ezen keresztül javítsuk a pánikbetegségben szenvedők életminőségét, kivédjük a következményes komorbid állapotokat, csökkentjük a táppénzes napok számát és az egészségügyet terhelő felesleges költségeket.

## **2. Felhasználói célcsoport**

Az irányelv útmutató kíván lenni a pánikbetegek diagnosztizálásában és kezelésében résztvevő szakmák (házi orvosok, házi gyermekorvosok, belgyógyászok, pszichiáterek, gyermekpszichiáterek, neurológusok, pszichológusok, pszichoterapeuták) számára. Az irányelv célja a szakmai kompetenciák biztonságos növelése, ezáltal a szűrés és felismerés javítása, a korszerű kezelési lehetőségek elsajátításával pedig a terápiás hatékonyság növelése. Mivel a pánikbetegek az egészségügy különböző szintjein jelennek meg, az irányelv igyekszik rámutatni a szakmák közötti lehetséges együttműködésekre. Az irányelv hasznos lehet a szakmai döntéshozók, ellátásszervezők számára is, korszerű, bizonyítékon alapuló orvoslásra támaszkodó ismeretanyagával a világszerte elfogadott és követendő megközelítést képviselve. Az irányelv célja továbbá, hogy a betegek, betegképviselők és egyéb civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

## **3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel**

### ***Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:***

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

A fejlesztőcsoport döntése alapján az irányelv a korábban egységes keretbe foglalt szorongásos zavarokat (pánikbetegség, generalizált szorongás zavar, szociális szorongás zavar és kényszerbetegség) betegségenkénti bontásban tárgyalja, így jelen pánikbetegség irányelv a korábbi irányelvnek csak részben megfelelője. A többi szorongásos zavarra önálló szakmai irányelvek kerülnek kidolgozásra.

**Azonosító:** –

**Cím:** Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: Szorongásos zavarok.

**Nyomtatott verzió:** Egészségügyi közlöny 2006. év 5. szám

**Elektronikus elérhetőség:** <https://kollegium.aEEK.hu>

***Kapcsolat külföldi irányelvekkel:***

Jelen irányelv az alábbi külföldi szakmai irányelvek adaptációjával készült:

**Szerző(k):** Katzman MA et al.

**Tudományos szervezet:** Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT)

**Cím:**

Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety disorders, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorder.

**Megjelenés adatai:** MBC Psychiatry 2014; Suppl: S1

**Elérhetőség:** <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1>

**Szerző(k):** Baldwin DS et al.

**Tudományos szervezet:** British Association for Pharmacology.

**Cím:**

Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Pharmacology.

**Megjelenés adatai:** J Psychopharmacol 2014; 28:403.

**Elérhetőség:** <http://www.jop.sagepub.com/content/28/5/403>

**Szerző(k):** National Institute for Health and Clinical Excellence

**Tudományos szervezet:** National Institute for Health and Clinical Excellence

**Cím:**

Generalised anxiety disorder and panic disorder (with and without agoraphobia) in adults

**Megjelenés adatai:** NICE clinical guideline113; 2011

**Elérhetőség:** <http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/ifp/chapter/panic-disorder>

**Szerző(k):** Bandelow B et al.

**Tudományos szervezet:** –

**Cím:**

Clinical practice guideline: The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders

**Megjelenés adatai:** Dtsch Arztebl Int 2014; 111:473-480.

**Elérhetőség:** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4187407/>

**Szerző(k):** Stein MB et al.

**Tudományos szervezet:** American Psychiatric Association

**Cím:**

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder (Second Edition)

**Megjelenés adatai:** 2009 Január

**Elérhetőség:** [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic\\_9.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_9.aspx).

**Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel:**

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel.

## VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

**1. Diagnosztika****Ajánlás 1**

**A pánikbetegség diagnózisának felállításához elengedhetetlen a részletes pszichiátriai vizsgálat, mely az egyéni és családi kórelőzményeket is tartalmazza. A pánikbetegség klinikai diagnózis, a tünetek alapján a diagnosztikus rendszerek (BNO-10, DSM-5) segítségével a pánikbetegség diagnózisa felállítható. Mind a BNO-10, mind a DSM-5 szakértői konszenzuson alapuló diagnosztikai kritériumrendszer [2,3,5,6,15,16,17]. (erős ajánlás)**

A BNO-10 szerint a pánikbetegség lényegét a visszatérő, súlyos szorongással járó rohamok (pánik) jelentik, melyek nem szűkíthetők le egy meghatározott helyzetre, vagy körülményre, és ezért bejósolhatatlanok. A többi szorongásos zavarral megegyezően a meghatározó tünetek a palpitáció, mellkasi fájdalom, fulladásérzés, szédülés, a valóság elvesztésének az érzése (deperszonalizáció és derealizáció). Gyakran van egy másodlagos félelem a haláltól (meghalástól), kontroll elvesztésétől és a megőrüléstől. A BNO-10 a „Neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform zavarok”, ezen belül az „Egyéb szorongásos zavarok” alcsoportba sorolja a pánikbetegséget, Kódolása F41.00. Ezen osztályozási rendszerben csak akkor adható fő diagnózisként, ha fóbia nem kíséri [16].

Mivel a BNO-10 nem tartalmaz explicit diagnosztikus kritériumokat, gyakran nehéz a szerteágazó panaszok alapján a diagnózis, differenciáldiagnózis felállítása. Egyszerűsítheti és pontosíthatja a diagnózis alkotást a DSM-5 operacionalizált kritériumrendszere [4]. A DSM-5 definálja a pánikrohamot is és meghatározza, hogy a pánikrohamot átélő betegnél milyen kritériumok esetén diagnosztizálhatunk pánikbetegséget. Érdemes tehát a DSM-5 kritériumokat követni a diagnózis alkotásánál.



A DSM-5 szerint a pánikroham egy jól meghatározott időszak alatt fellépő intenzív félelem vagy heves diszkomfort érzés. A roham során az alábbi 13 tüneti tételből legalább 4 egyidejűleg jelen van és viszonylag hirtelen, kb. 10 perc alatt maximumra fokozódik: palpitáció vagy tachycardia, izzadás, remegés vagy reszketés, torokszorító érzés, fulladás érzés vagy légszomj, mellkasi fájdalom, hányinger vagy hasi diszkomfort, szédülés vagy bizonytalanság, hidegrázás vagy kipirulás, paresztézia (zsibbadás, bizsergés vagy érzéketlenség), derealizáció vagy deperszonalizáció, megőrüléstől vagy önkontroll elvesztésétől való félelem, halálfélelem [17].

Pánikzavarról (mely a BNO-10-ben a pánikbetegségnek felel meg) akkor beszélünk, ha az alábbi kritériumok mind teljesülnek [17]:

A. Visszatérő, váratlan pánikrohamok

B. Legalább az egyik pánikrohamot legalább egy hónapon keresztül az alábbiak egyike (vagy mindkettő) követi:

1. Tartós félelem a rohamok megismétlődésétől (anticipátoros szorongás), vagy azok lehetséges következményeitől (kontrollvesztés, „szívroham”, „megőrülés” stb).

2. A rohamokkal összefüggésben a viselkedés jelentős, maladaptív megváltozása (pl. a rohamok elkerülését célzó viselkedésformák, új vagy ismeretlen helyzetek elkerülése)

C. A zavar nem tulajdonítható valamilyen (élvezeti vagy gyógy)szer, illetve más ismert betegség (pl. hipertireózis) közvetlen élettani hatásának.

D. A tünetek nem magyarázhatók jobban más mentális zavarral (pl. szociális szorongással, specifikus fóbiával, kényszerbetegséggel, szeparációs szorongással, poszttraumás zavarral stb).

A pszichiátriai betegvizsgálat során a tüneteken kívül fontos a beteg egyéni és családi anamnézisének felvétele is. Célzottan kérdezzünk rá korábbi pszichiátriai panaszokra, családban előfordult szorongásos zavarra, major depresszióra, szuicidalitásra, alkohol dependenciára. Pánikbetegek vér szerinti rokonainál gyakran fordulnak elő egyéb mentális betegségek (szorongásos zavarok, hangulatzavar) [2,18], a pánikbetegek első fokú rokonainak közel 30%-a szenved hasonló betegségben [19]. Sajnos a pozitív családi anamnézis gyakran rosszabb prognózisú, súlyosabbak, gyakrabban visszatérők a tünetek, elhúzódóbb a gyógyulás és fokozottabb az egészségügyi segítség igénybevétele is [2].

Az autoanamnézisben gyakran fordul elő gyerekkori szeparációs szorongás [3,9], illetve a pánikbetegség indulását megelőző szorongásos tünet [2,18]. A késői serdülőkori szorongásos tünetek előjelezői a később kifejlődő szorongásos zavarnak [2,20]. Az autoanamnézisben szereplő megterhelő életesemények szintén fokozzák a később kialakuló szorongásos zavar kockázatát [21], különösen érvényes ez a gyerekkori szexuális abúzusra [2.]

A pánikbetegség diagnózisának felállításakor a tüneteken túl a betegség életminőségre és életvitelre gyakorolt hatását is mérjük fel (pl. elkerülő viselkedés), mert csak így tudunk ítéletet alkotni a betegség súlyosságáról.

A diagnózis felállításának részét képezi az esetleges komorbid állapotok feltérképezése is.

## Ajánlás 2

### **A pánikbetegség sikeres kezeléséhez elengedhetetlen a diagnózis felállításakor a betegség tüneteinek, súlyosságának felmérésén túl az esetlegesen társuló komorbid állapotok feltérképezése [2,3,5,6,] (erős ajánlás)**

A szorongásos zavarban szenvedő betegek több mint felének van másik szorongásos betegsége is [22], és a betegek kb 30%-a pedig 3 vagy több szorongásos zavartól szenved [2]. A beteg nagyobb terhén túl komorbid szorongásos vagy hangulatzavar, valamint szerfüggőség esetén rosszabb a prognózis, súlyosabbak a tünetek, gyakori a kronicizálódás, a pszichoszociális károsodás kifejezettebb, gyakoribb az egészségügyi ellátás igénybevétele és a kezelés is költségesebb [2,3,4].

A pánikbetegség leggyakrabban agorafóbiával társul [23], de gyakori egyéb társuló szorongásos zavar, komorbid hangulatzavar, szerfüggőség is [2,3,4,5,6,24]. Komorbid agorafóbia jelentősen súlyosbítja az állapotot, rontja az életminőséget és a kezelés is nehezebb. Agorafóbiával társult pánikbetegség esetén a gyógyszeres kezelés mellett fontos a pszichoterápia is, leginkább a CBT ajánlott [24]. Pánikbetegség mellett gyakran fordul elő komorbid major depresszió (unipoláris vagy bipoláris) [2,3,4,5,6,22,24,25]. Ha a major depresszió a primer kórkép és emellett jelennek meg a pánikrohamok, a BNO-10 szerint ez nem önállóan kódolandó pánikbetegség, hanem a major depressziós állapot súlyosságát jelző tünet [16].

A szorongásos zavarok esetén komorbid hangulatzavar nélkül is 1.7–2.5-szeres az öngyilkossági kockázat az átlagnépességhez viszonyítva, komorbid depresszió esetén ez a rizikó tovább fokozódik. Pánikbetegeknél is magasabb szuicid kockázattal kell számolni, különösen a régóta fennálló súlyos esetekben és társuló major depresszió esetén. A terápia tervezésekor ezt figyelembe kell venni [2,3]. Ha a szorongásos zavarhoz major depresszió társul, az állapot súlyosabb lesz, ez viszont nagyobb eséllyel viszi a beteget orvoshoz és a felismerési arány is magasabb [3].

A súlyos vagy régóta fennálló, különösen agorafóbiával társuló kezeletlen pánikbetegségnél az alkohol vagy szerabúzus rizikója fokozódik [2,3]. A szerhasználat a pánikroham enyhítésére is vonatkozhat, de agorafóbiás pánikbetegnél főként a szorongással járó agorafóbiás helyzetek teljesítése miatt vezeti be „öngyógyításként” a beteg, és könnyen kialakulhat másodlagosan szerfüggőség. A terápia tervezésekor és vezetésekor figyeljünk erre is.

A pszichiátriai komorbid állapotok feltérképezésekor próbáljuk beazonosítani az elsődleges betegséget [5]. Ebben a panaszok időbeli megjelenési sorrendje lehet segítségünkre. A primer betegség szabja meg a terápia fő irányvonalát, melyet a többi komorbid állapot terápiás megközelítésének figyelembevételével egészítünk ki.

A szorongásos zavarokhoz, így a pánikbetegséghez is az átlagpopulációhoz viszonyítva nagyobb eséllyel társulnak bizonyos szomatikus kórképek. A vártnál gyakoribb a pánikbetegség előfordulása kardiovaszkuláris betegek (pl. mitrális prolapszus, hipertónia), irritábilis bél szindrómában szenvedők, daganatos betegek, migrénben, krónikus fájdalom szindrómában szenvedők, légzőszervi betegek, allergiások körében [2,3,5,6,]. Az összefüggés fordítva is igaz: az utóbbi évek interdiszciplináris kutatásai a szorongásos zavarban, így pánikbetegségben szenvedő, kezeletlen vagy nem jól kezelt betegek kardiovaszkuláris kockázatának fokozódását mutatják. Míg korábban csak a major depresszióról tudtuk, hogy kardiovaszkuláris rizikót jelent [26], sajnos hosszabb fennállás után

szorongásos zavarban is emelkedik a szívfrekvencia, vérnyomás, és csökken a szívfrekvencia variabilitás, melyek fokozzák a kardiovaszkuláris események kockázatát. [10,11,12,13,14,27,28,29]. Szomatikus komorbiditás esetén a szomatikus kórkép státuszát is érdemes követni a pánikbetegség kezelésekor, továbbá oda kell figyelni, hogy a pánikbetegség kezelésére választott gyógyszerek minél kevesebb gyógyszer mellékhatással és gyógyszer interakcióval járjanak.

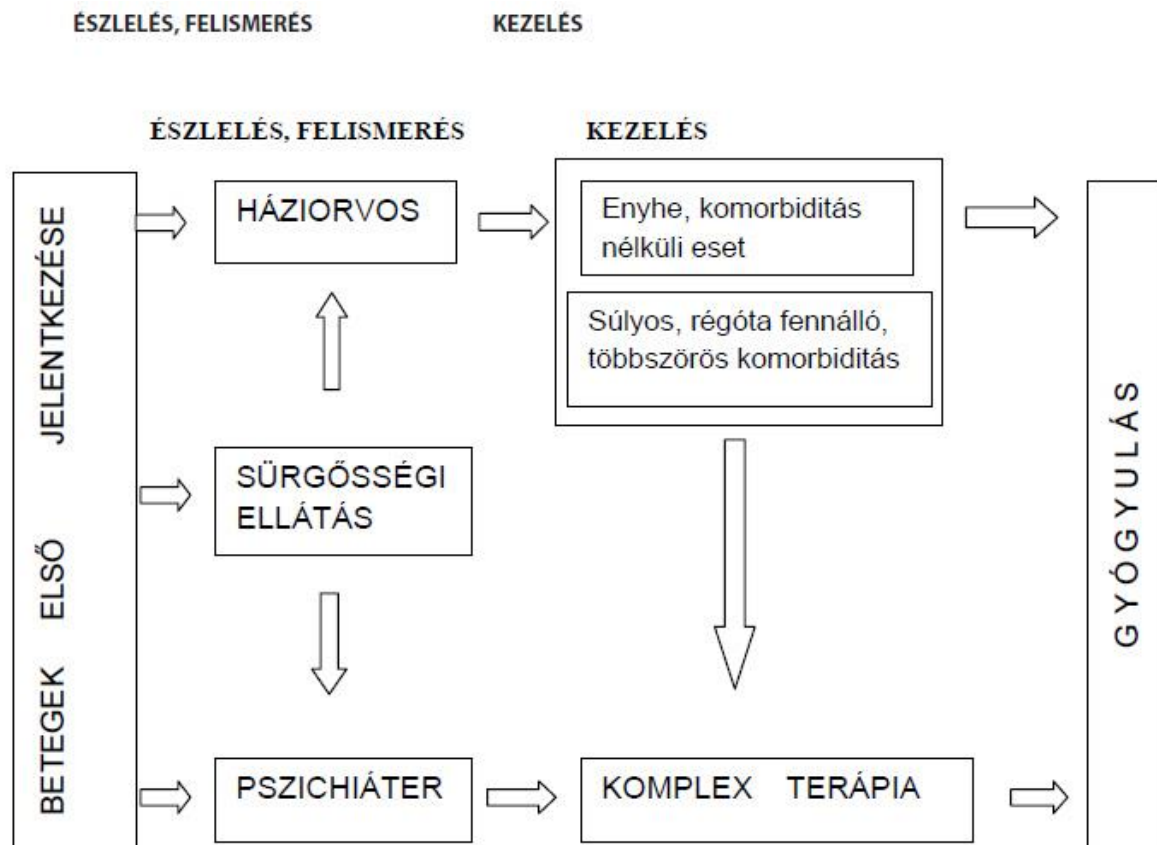
### Ajánlás 3

**Noha a pánikbetegség pszichiátriai kórkép, a betegség felismerése és kezelése nem csupán pszichiátriai kompetencia. A pánikbetegek első észlelésében jelentős szerepe van a háziorvosoknak, így a pánikbetegség diagnózisának felállítása után a betegség azonnali kezelésbe vétele a beteg gyógyulási esélyeit növeli. A háziorvosok jelenlegi kompetenciájának fokozásával a komplikáció mentes betegek az alapellátásban is megfelelően kezelhetők lennének. [2,3,5,6,30] (erős ajánlás)**

A szorongásos zavarok testi tünetképzése miatt a szorongó beteg először általában háziorvosát keresi fel. A szomatikus panaszra fókuszálva a pszichiátriai betegség diagnózisa gyakran elmarad. A családorvosnál jelentkezők kb 10%-ánál tárható fel valamilyen szorongásos zavar, azonban világszerte érvényesül a tendencia, hogy csak töredékük kerül felismerésre és a felismert esetek sem részesülnek mindig megfelelő terápiában [2,3,6,30]. Ennek okai általában az idő hiánya, a beteg nem szívesen beszél „lelki” dolgokról a rendelőben, a háziorvos gyakran szomatikus beállítottságú. A pánikrohamot átélő beteg a halálfélelem érzés miatt nagyobb eséllyel fordul háziorvoshoz, ügyeleti vagy sürgősségi ellátáshoz. A szükséges vizsgálatok elvégzése és a szomatikus ok kizárása után a megfelelő diagnosztikus kritériumok segítségével a pánikbetegség diagnózisa az alapellátásban is felállítható. A betegség kezdeti, komorbid állapotok nélküli szakaszában a pánikbetegség az alapellátásban is jól kezelhető, a betegek jelentős százalékát nem kell a szakellátáshoz irányítani [6]. Késői diagnózis, súlyos vagy komorbid állapot(ok), szerabúzus esetén azonban a beteget egyértelműen a pszichiátriai szakellátáshoz kell küldeni [2,3,5,6,30]. Különösen érvényes ez fokozott szuicid rizikó esetén.

A háziorvos számára viszont könnyebbséget jelen, hogy a beteg általában többször jelentkezik, a kikérdezés folytatható, a tünetek időben követhetők. A szomatikus panaszok mögött rejtőző szorongásos állapot felismerésében segíthet a nem-verbális kommunikációs jelek figyelése [3]. A háziorvos gyakran a családi előzményeket is személyesen ismeri, így fokozottabban figyelhet a veszélyeztetett családtagokra. Szomatikus kórképpel komorbid szorongásos zavar esetén a háziorvos tarthatja kézben mindkét betegség terápiáját, így együttesen monitorozhatja az állapot változást.

*1. algoritmus: A pánikbetegség felismerésének és kezelésbe vételének algoritmus*



### 1.1. Belgyógyászati és neurológiai vizsgálat

Mivel a pánikrohamok súlyos, akut, sürgősségi ellátást igénylő állapotokat utánozhatnak (szívinfarktus, stroke, akut has), a pánikbetegség első észlelésekor szükséges egy alapos, de racionális keretek között tartott kivizsgálás, melynek alapja a teljes fizikális vizsgálat. Ennek eredményétől függően további (laboratóriumi, szakorvosi, eszközös) vizsgálatokra is sor kerülhet, de ezek nem a pánikbetegséget megerősítő vizsgálatok, hanem az esetleges szomatikus komorbiditás kizárását vagy felismerését szolgálják.

### 1.2. Kiegészítő laboratóriumi vizsgálatok, célzott szakkonzíliumok

Pánikbetegségre specifikus biológiai markert jelenleg nem ismerünk. Kiegészítő vizsgálatokra a kísérő szomatikus kórképek felismerése, illetve a szomatikus eredet kizárása miatt van szükség, a fizikális vizsgálaton túl leggyakrabban EKG vizsgálat, pajzsmirigyfunkcióval kiegészített általános laborvizsgálat elegendő.

### 1.3. Célzott pszichológiai vizsgálatok

A pánikbetegség diagnózisának felállításához pszichológiai vizsgálatra nincsen szükség, a részletes pszichiátriai exploráció, anamnézis és szomatikus vizsgálatok eredménye alapján a diagnózis felállítható. Pszichometriai becslőskálák alkalmazásával azonban az állapot súlyossága felmérhető, a kezelés során az állapotváltozás követhető. Erre alkalmas lehet a Hamilton szorongás skála [31]. A Spielberger-féle állapot- és vonásszorongás kérdőív [32], a kórházi szorongás és depresszió skála [33] és a pánikbetegségre specifikusan kialakított Pánikzavar súlyossági skála (Panic Disorder Severity

Scale) [34]. A mindennapi, főként járóbeteg-ellátási gyakorlatban ezeket idő hiányában ritkán használjuk.

#### 1.4. Differenciáldiagnosztika

A pánikbetegséget elsősorban más, hasonló tünetekkel járó pszichiátriai és szomatikus betegségektől kell elkülöníteni. A szomatikus betegségek kizárása a korábban felsorolt vizsgálatokkal hamar megtehető, hiszen érdemes figyelembe venni, hogy a pánikbetegség tipikus indulási ideje szerint a tizenéves kor végén, 20-as évei elején járó frissen észlelt pánikbeteg általában testileg egészséges. Testi betegség gyanúja esetén a tüneteknek megfelelő vizsgálatokkal a differenciáldiagnosztika elvégezhető. Kizárandók a következő szomatikus kórképek [1]:

Kardiorespiratorikus kórképek: angina pectoris, infarctus myocardi, asthma bronchiale, paroxizmális tachycardia, aritmiák

Neurológiai kórképek: Meniere szindróma, temporális epilepszia, stroke, TIA

Endokrin kórképek: hipertireózis, hiperparatireózis, phaeochromocytoma, hipoglikémia

Szerabúzus, intoxikáció vagy megvonás, pl. koffein, nikotin, marihuána, kokain

A pánikbetegség a diagnosztikus kritériumok alkalmazásával jól elkülöníthető más mentális zavaroktól. [1,2,3,4,6,17]

Pánikbetegségben a szorongásos állapot jól körülhatárolt időszakra vonatkozik, a rohamok váratlanul törnek a betegre. A pánikbetegségben szenvedők kb. 2/3-ánál kialakul a következményes elkerülő magatartás, az agorafóbia is. Agorafóbia előfordul azonban pánikbetegség nélkül is. A beteg nem pánikbetegségben, hanem agorafóbiában szenved, ha nincsenek váratlan rohamai, hanem a szorongásos állapotot, akár pánikrohamig fokozódva, kizárólag tömegben, zsúfolt vagy olyan helyen lép fel, ahonnan az elmenekülés nehéz, illetve a beteg azt gondolja, hogy nehéz. Agorafóbiában az is kiválthatja a szorongást, ha a beteg csupán gondol erre a helyzetre. Az így megélt szorongás miatt maladaptív elkerülő viselkedést (pl. kísérő nélkül nem mozdul ki otthonról) folytat a beteg. Szociális szorongás zavarban a beteg a szorongásos tüneteket akkor éli meg, ha társas helyzetben, mások figyelmének lesz kitéve (látogatóba menni, feljebbvalóval beszélni, előadni, de akár egyszerűen bemutatkozni, köszönni). A szociális szorongó lényegében a megszégyenüléstől fél, ezeket a helyzeteket igyekszik elkerülni, illetve a helyzetre gondolás is provokálhatja a szorongásos tüneteket. Specifikus fóbia esetén kizárólag a beteg félelmének tárgya (pl. vér, pók, mélység) vált ki heves szorongást, ezzel szembesülve teljes pánikroham is kialakulhat. Általában a fóbiás beteg tisztában van fóbiája tárgyával és érzi, hogy a szorongása eltúlzott, de uralni nem tudja azt. Generalizált szorongásos zavarban a beteg hullámzó szorongó állapota tartósan, hónapokon keresztül fennáll, a beteg eltúlzottan aggodalmaskodik, aggódásai az élet számos területére vonatkoznak. Emiatt feszült, nyugtalan, fáradt, nehezebben koncentrálni, akár kedvetlen is. A szorongás számtalan testi tünet formájában is megnyilvánul, ezek rendszerint további aggódást indítanak el. Kényszerbetegség esetén a beteget akarától függetlenül visszatérő, tudatába betörő kényszer gondolatok (pl. fertőzéstől való félelem, agresszív gondolat) gyötrik, melyek elviselhetetlen feszültséget okoznak, és amelyek ellen a beteg ismételt rituálékkal, kényszer cselekvéssel (pl. kézmosás, rendezgetés, ellenőrzés) védekezik. A kényszer gondolat és/vagy kényszer cselekvés mellett a szokásos életvitel károsodik, a beteg élete a kényszer köré szerveződik, gyakran szégyenli, igyekszik leplezni környezetét

előtt. Poszttraumás stressz zavarban a beteg a hétköznapi életben nem megszokott, megrázó eseményt él át (életveszély, háborús helyzet, nemi erőszak), mely olyan érzelmi túlterhelést jelent a beteg számára, melytől szabadulni képtelen. A trauma emlékképei rendszeresen felvillannak, napközben intenzív szorongást és felfokozott éberségérzést éjszaka pedig rémálmot, alvászavart okozva. A beteg kerülni kezdi a traumára emlékeztető helyzeteket, tárgyakat, érdeklődése a világ iránt csökken.

A szorongásos zavarok rövidített differenciál diagnosztikus összefoglalóját az *1. táblázat* tartalmazza. A szorongásos zavarok step-by-step diagnosztikus lépéseit a *2. algoritmusban* foglaltuk össze.

*1. táblázat: A szorongásos zavarok elkülönítése egymástól*

**Pánikbetegség:** spontán jelentkező pánikrohamok

**Agorafóbia:** félelem, rosszullet zsúfolt helyektől, tömegektől

**Szociális szorongás zavar:** félelem, rosszullet figyelemnek kitett, társas helyzetben

**Specifikus fóbia:** irracionális félelem egy konkrét tárgytól, állattól, szituációtól

**Generalizált szorongás zavar:** tartósan fennálló szorongás, eltúlzott aggodás, aggodalmaskodás

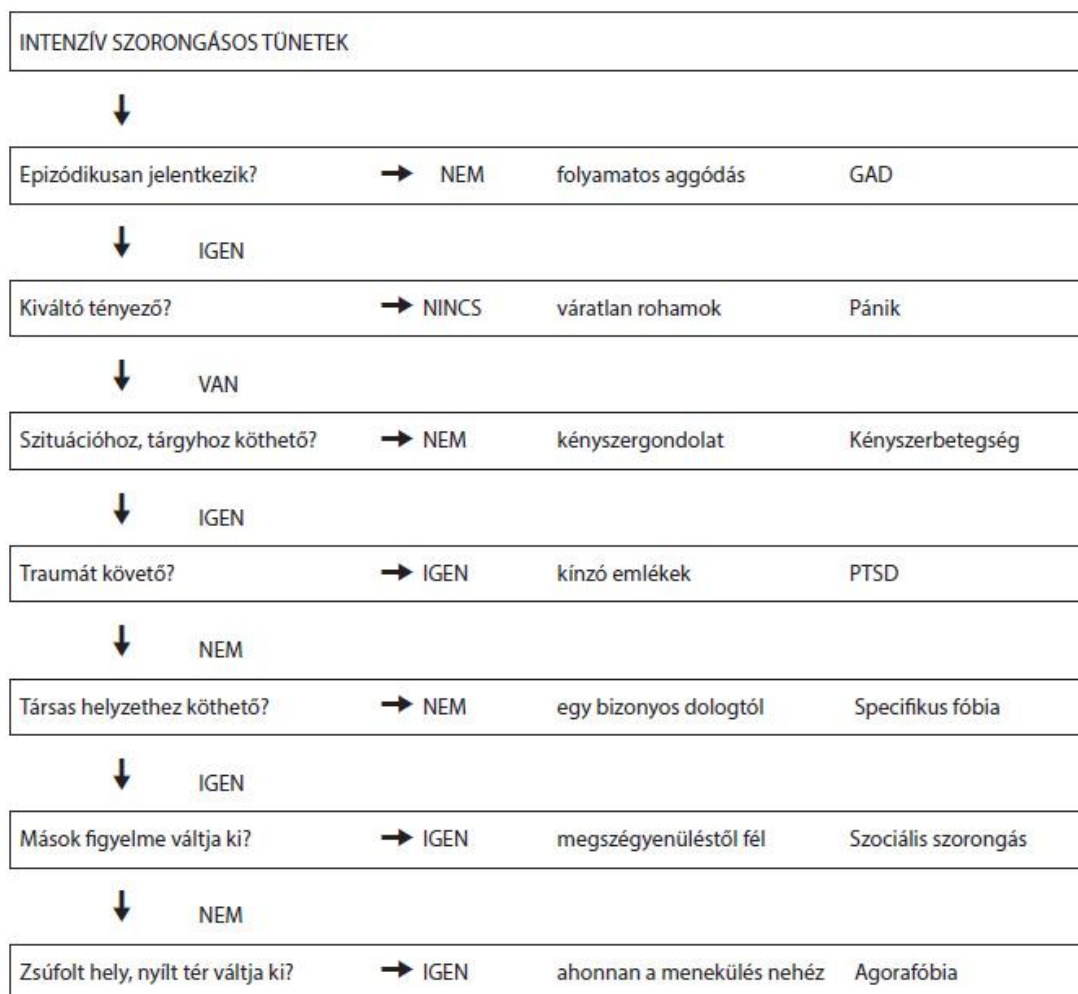
**Kényszerbetegség:**

akarattól függetlenül visszatérő, szorongást keltő gondolat, mely eltúlzott, repetitív cselekvést vált ki

**Poszttraumás stressz betegség:**

extrém, nem átlagos (pszicho)trauma után a visszatérő emlékek váltanak ki intenzív szorongást

*2. algoritmus: A szorongásos zavarok differenciál diagnosztikus step-by-step algoritmus*



## 2. Terápia

A szomatikus okok kizárása, a komorbid betegségek feltérképezése és a pszichoedukáció után kiválasztjuk a terápiás módszert, amit a beteggel megbeszélünk.

### 2.1. Pszichoedukáció

#### Ajánlás 4

**A pánikbeteg kezelésének megkezdésekor fontos a beteg és akár a hozzátartozók megfelelő tájékoztatása, ugyanis ez csökkenti a kliens betegségével kapcsolatos szorongásait, esetleges önfigyelését, „katasztrófizáló” gondolkodását, a fölösleges vizsgálatok iránti fokozott igényét. [3,5,35] (erős ajánlás)**

A szorongó beteg terápiájában kiemelt szerepe van a beteg tájékoztatásának. Önmagában az információknak is szorongásoldó hatása van (pl. gyakran előforduló, „valódi”, jól ismert betegsége van, amely kezelendő és gyógyítható stb.). A lényeges információk hozzásegítik a klienst betegségének és terápiás lehetőségeinek megértéséhez, ezáltal a beteg felelős szerepet vállalhat a személyre szabott terápiás terv kialakításában. A kiváltó okok, a pánikrohamot provokáló tényezők, a pszichoterápiás és/vagy a gyógyszeres kezelés menete, valamint a várható mellékhatások ismerete jelentősen csökkentheti pánikbeteg szorongását a terápia kezdeti szakaszában. A beteg figyelmét mindig fel kell

hívni, hogy a pánik kezelésében használt antidepresszívumok hatása csak kb. 2 hét latencia idő után kezdődik el. A kezelőorvos javaslatai a nem pánik-specifikus, de stresszt csökkentő technikák elsajátítására, a gyógyulási esélyeket javíthatja. A terápia szükséges tartamáról, tervezett befejezésének módjáról, illetve a terápia azonnali, indokolatlan megszakításának következményeiről kapott tájékoztatás a beteg adherenciáját erősítheti a hosszú távú terápiás szakaszban [3,5,30,35].

## Ajánlás 5

**Betegközpontú terápia: Pánikbetegség esetén nem csak a rohamok és az anticipátoros szorongás megszüntetése a cél, hanem a teljes felépülés, a korábbi testi-lelki egyensúly helyreállítása, amely elérhető gyógyszeres terápiával és/vagy célzott pszichoterápiával, de nemritkán csak személyre szabott kombinált kezeléssel. A klienst tájékoztassuk a terápiás lehetőségekről, azok elérhetőségéről, várható időtartamáról és eredményességéről, valamint mellékhatásairól. (erős ajánlás) [2,3,5,6,35,36]**

A kezelés két fő pillére a farmakoterápia és a kognitív viselkedésterápia (CBT) [4]. A meta-analízisek alapján mind a kognitív-behavior terápia (CBT), mind a gyógyszeres kezelés egyformán hatékony pánikbetegségben [37]. Bármelyik elsőként választott módszerrel 45–65% közötti reszponder arányt érünk el [6]. A terápiás terv kialakításánál, a módszer kiválasztásánál vegyük figyelembe a korábbi terápiás próbálkozások eredményét, a pánikbetegség súlyosságát, a komorbid kórképek fennállását (szerabúzus, depresszió), a szuicid kockázatot, valamint a beteg preferenciáját és motivációját [6]. A beteget informáljuk a diagnózisról, a terápia várható időtartamáról és eredményességéről a rendelkezésre álló bizonyítékok (EBM) alapján. A beteget tájékoztassuk az alternatív terápiás módszerekről is. Cél az optimális együttműködés megalapozása, a megfelelő orvos-beteg (terapeuta-kliens) kapcsolat kialakítása. A beteg beleegyezése esetén érdemes a közvetlen családtago(ka)t is felvilágosítani a kórképről.

## 2.2. Gyógyszeres kezelés

A pánikbetegség kezelésében a leghatékonyabb gyógyszerek az SSRI, a TCA és a BZD csoportba tartozó készítmények. Az egyes gyógyszereket és a rájuk vonatkozó evidencia szinteket a 2. táblázat mutatja.

*2. táblázat: A pánikbetegségben alkalmazható gyógyszerek és a bizonyítékok szintje [2,3,5,6,35 alapján]*

Hatóanyag	Evidencia szint
<b>ANTIDEPRESSZÍVUMOK</b>	
<b>Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI-ok)</b>	
citalopram	1
fluoxetin	1
fluvoxamin	1



paroxetin	1
sertralin	1
escitalopram	2
<b>Szerotonin és noradrenalin visszavétel gátlók (SNRI)</b>	
venlafaxin XR	1
duloxetin	3
milnacipran	3
<b>Triciklusos antidepresszívumok (TCA)</b>	
clomipramin	1
imipramin	1
<b>Reverzibilis MAO-bénítók (RIMA)</b>	
moclobemid	1
<b>Egyéb hatásmechanizmusú antidepresszívumok</b>	
mirtazapin	2
bupropion	3
trazodon	2 (negatív)
<b>ANXIOLÍTIKUMOK</b>	
<b>Benzodiazepinek</b>	
alprazolam	1
clonazepam	1
lorazepam	1
diazepam	1
Azapironok	
buspiron	1 (negatív)
<b>ATÍPUSOS ANTIPSZICHOTIKUMOK (AAP)</b>	

risperidon	2
olanzapin	3
quetiapin	3
kiegészítő aripiprazol	3
<b>ANTI-KONVULZÍVUMOK</b>	
valproát	3
carbamazepin	3 (negatív)
<b>EGYÉB SZEREK</b>	
propranolol	2 (negatív)

## Ajánlás 6

**Elsőként válasszunk SSRI készítményt a hatásosság és a kedvező mellékhatásprofil miatt (erős ajánlás) [2,3,4,5,6,35]** (Lásd.a 2.,3.,4.,5. táblázatot)

### **2.2.1. Elsővonalbeli szerek:**

Az SSRI-ok – beleértve a citalopramot, a fluoxetint, a fluvoxamint, a paroxetint, a sertralint és az escitalopramot egyaránt – a meta-analízisek és az RCT-k alapján elsőként választandó szerek. Az SSRI terápia mellett nem csak a pánikrohamok száma és az agorafóbiás elkerülő viselkedés csökken szignifikánsan, hanem a gyakran társuló depressziós tünetek, valamint a generalizált szorongás is javulnak [2]. A dózis-válasz görbe az SSRI-ok esetében lapos, ugyanis a betegek háromnegyede a kezdő (alacsony) dóziszra is már jól reagál (lásd 3. táblázat) [6]. Előnyük a napi egyszeri adagolás. A pánikbetegek körében gyakori a lassú metabolizálók aránya, ezért érdemes az első néhány napban a hatékony dózis felével kezdeni a terápiát, és amennyiben nem jelentkeznek 48 órán belül mellékhatások, akkor emeljük az adagot az ajánlott terápiás dóziszra („start low, go slow”). A mellékhatások a szerotonerg hatással állnak kapcsolatban [kezdeti feszültségérzés („jitterness”), hasi diszkomfort érzés, hányinger, szexuális zavarok], amelyek már egy-két napon belül jelentkeznek. A korai mellékhatások és a később jelentkező hatás miatt megfontolandó az első hetekben nagypotenciálú benzidiazepinokkal kiegészíteni az SSRI terápiát. Az SSRI-ok komorbid depresszió, OCD és GAD esetében is hatékonyak. Ha az elsőként választott SSRI nem hatásos, akkor váltsunk egy másik SSRI-re vagy SNRI-re [6]. Az SSRI-ok és a TCA-k hatásnagysága (effect size) hasonló, de a TCA-knál a több mellékhatás miatt nagyobb a drop-out arány [38,39].

A SNRI-k közül a venlafaxin XR is elsőként választható szer (1 evidencia szint), hatékonyságát több nemzetközi, randomizált, kontrollált vizsgálat igazolta [2,35]. A vérnyomást emelheti, ezért ezt rendszeres időközönként ellenőrizni kell. (Megjegyzés: A hatékonyság szerinti választhatósági sorrend nem tévesztendő össze a gyógyszerrendelést szabályozó hatályos törvényi rendelkezésekkel!)

### **2.2.2. Második vonalbeli szerek:**

Triciklusos antidepressívumok (TCA): Számos RCT és meta-analízis igazolta a clomipramin és az imipramin hatékonyságát pánikbetegségben [2,3,5,6,35]. A SSRI-okhoz képest kevésbé tolerálható szerek a szerotonin, muszkarin, alfa-1-adrenerg és hisztamin receptorok antagonizmusán keresztül érvényesülő mellékhatásai miatt [40]. Ezenkívül kevésbé biztonságosak (lásd az 5. táblázatot). A fentiek miatt csak a második vonalban ajánlják választandó szerként [2,3,4,5,6,35,40].

Az egyéb antidepressívumok közül a mirtazapin egy kis létszámú RCT és néhány nyílt vizsgálat alapján hatékonynak tűnik pánikbetegségben, de ezt még további RCT-vel meg kell erősíteni [35]. Alacsony dózísú mirtazapin kedvezően befolyásolhatja az SSRI-ok „hiperstimulációs” hatását és szexuális mellékhatásait [6,40,41].

## **Ajánlás 7**

### **A nagypotenciálú benzodiazepinek (alprazolám, clonazepam, lorazepam) gyors hatásuk miatt alkalmazhatók pánikrohamban és az SSRI terápia kiegészítésére (feltételes ajánlás) [35,40].**

Benzodiazepinek (BZD): A nagypotenciálú benzodiazepinek – az alprazolam, a clonazepam, a lorazepam – és a közepes potenciálú diazepam hatékonysága széles körűen igazolt (1 evidencia szint) [42]. Az alprazolam hatásnagysága (effect size) megegyezik az imipraminnal [35]. A BZD-ek legnagyobb előnye a gyors hatáskezdés és a jó tolerálhatóság. A benzodiazepineket általában rövid ideig (8–12 hétig) célszerű adni a hozzászokás kockázata miatt, ezért az addikcióra hajlamos egyéneknél kerüljük alkalmazásukat. Ugyanakkor egyes vizsgálatok szerint hosszútávon – 2–3 éven keresztül – alkalmazott alprazolam vagy clonazepam terápia mellett sem alakult ki tolerancia a rohammentes pánikbetegek körében, de kétségtelenül csak nagyon lassan – és nem mindenkinél – sikerült leépíteni a szert [43,44]. A nemzetközi guideline-ok – az addikciós potenciáljuk, a memória zavart és szedációt okozó mellékhatásai miatt – csak második választandó szerként javasolják a BZD-eket, ennek ellenére a pánikbetegség akut szakaszában, pánikrohamban, súlyos anticipátoros szorongásban vagy agitáció esetén nagyon jó eredménnyel alkalmazhatók [35,40]. Javasolható az SSRI terápiát kezdetben kiegészíteni nagypotenciálú BZD-nel, hogy a hatás minél hamarabb érzékelhető legyen [45,46,47]. Idős betegeknél óvatos alkalmazásuk indokolt. A kognitív károsodás és a szedatív mellékhatás miatt a „zavartság” kialakulásának és a combnyaktörésnek fokozott a kockázata [2,35]. (lásd az 5. táblázatot.) A BZD-ek leépítése fokozatosan, 2–4 hónap alatt történhet, hetenként 10–15%-kal csökkentve a dózist [35]. Hirtelen elhagyása relapszust, illetve rebound-jelenségeket provokálhat [4].

#### **2.2.3. Harmadik vonalbeli szerek:**

RIMA: A moclobemiddel kapcsolatban ellentmondásos eredmények születtek. Egyes vizsgálatok azonos hatásúnak találták clomipraminnal és fluoxetinnel összehasonlítva, ugyanakkor egy másik vizsgálat nem talált különbséget placeboval szemben [2].

Atípusos antipszichotikumok (AAP): Öt kettős-vak vizsgálat volt, amelyben AAP-ok hatását vizsgálták pánikbetegségben (ebből két esetben a pánikzavar volt a fő diagnózis, míg három esetben bipoláris betegség komorbid pánikzavarral). A quetiapin ER, a risperidon és a ziprasidon antipánik hatását egyik vizsgálat sem bizonyította [48]. Csak az alacsony dózísú risperidon esetében található egy randomizált egyes-vak vizsgálat, amelyben azonos hatékonyságúnak mutatkozott a paroxetinnel [49]. A többi AAP esetében csak nyílt vizsgálatok támogatják a hatékonyságukat [2].

Egyéb szerek: A valproát, a duloxetin, a milnacipran és a bupropion SR esetében többnyire nyílt vizsgálatok voltak, és ezek közül sem mindegyik egyértelműen pozitív eredményű, ezért csak a harmadik vonalban lehet alkalmazni a pánikbeteg kezelésére [2].

Nem javasolt szerek: A vizsgálatok szerint a propranolol, a buspiron, a trazodon, az antihisztaminok és a carbamazepin nem hatékonyabbak a plácébónál. A negatív tapasztalatok miatt nem javasolt alkalmazásuk pánikbetegség kezelésére. (1 szintű negatív evidencia) [2].

A pánikbetegség gyógyszeres kezelésének összefoglalását a 3. táblázat, a terápiás dózisokat a 4. táblázat, a hatékony gyógyszercsoportok összehasonlítását az 5. mutatja.

*3. táblázat: A pánikbetegség gyógyszeres kezelésének összefoglalása*

Első vonalban választandó szerek	citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin, venlafaxin
Második vonalban választandó szerek	alprazolam, clomipramin, clonazepam, diazepam, imipramin, lorazepam, mirtazapin,
Harmadik vonalban választandó szerek	bupropion sr, duloxetin, milnacipran, moclobemid, olanzapin, quetiapin, risperidon, valproát
Nem ajánlott szerek	buspiron, propranolol, trazodon

*4. táblázat: A pánikbetegség kezelésében első és második vonalban alkalmazott gyógyszerek terápiás dózisa [2,3,6,35,40]*

<b>Hatóanyag</b>	<b>Szokványos napi terápiás dózis</b>	<b>Maximális napi terápiás dózis</b>
Citalopram	20–40 mg	60 mg
Escitalopram	10–20 mg	40 mg
Fluoxetin	20–40 mg	60 mg
Fluvoxamin	50–100 mg	300 mg
Paroxetin	20–40 mg	60 mg
Sertralin	50–100 mg	200 mg
Venlafaxin	100–200 mg	300 mg
Clomipramin	50–150 mg	225 mg
Imipramin	50–150 mg	225 mg
Alprazolam	1–3 mg	6 mg
Clonazepam	1–3 mg	6 mg

Lorazepam	1–3 mg	6 mg
Diazepam	5–15 mg	30 mg
Mirtazapin	15–45 mg	60 mg

#### 2.2.4. Gyógyszeres kezelés menete [2,3,6,35,40]

Első lépésben válasszunk 1. vagy 2. szintű bizonyítékkal rendelkező szerek közül. Az antidepresszívumok beállításánál – a kezdeti mellékhatások elkerülése érdekében – a „start low, go slow” elvet kövessük (= alacsony kezdő dózis, lassú emelés). A javulás általában 2–4 héten belül megkezdődik, és a teljes terápiás válasz 8–12 hét alatt fejlődik ki. Amennyiben 4–6 héten belül nincs javulás, akkor váltsunk gyógyszert. Ha az első és második vonalbeli szerek nem hoznak szignifikáns javulást, akkor a következő lépcsőben olyan szert próbáljunk alkalmazni, amelynek hatékonyságára és biztonságára vonatkozóan vannak klinikai tapasztalatok (3. vagy annál magasabb szintű bizonyítékkal rendelkező szert). Az 1. vagy 2. szinten bizonyítottan hatástalannak ítélt szert ne alkalmazzunk [2].

A gyógyszer kiválasztásnál vegyük figyelembe 1. a korábbi terápiás tapasztalatokat (farmakoterápiás egyéni és családi anamnézis), 2. a komorbid pszichiátriai és szomatikus betegségeket 3. a beteg korát, 4. a gyógyszer tolerálhatóságát (mellékhatások), 5. a gyógyszer árát, 6. a lehetséges gyógyszer-interakciókat és 7. a beteg véleményét, preferenciáját [5].

A pánikbetegségben a leghatékonyabb gyógyszercsoportok összehasonlítását az 5. táblázat mutatja.

5. táblázat: A pánikbetegségben hatékony gyógyszercsoportok előnyei és hátrányai [40 alapján].

	SSRI/SNRI	TCA	Nagypotenciálú BZD
Gyors hatás	+	+	+++
Antidepresszív hatás	+++	+++	0
Hatékonyság a komorbid szorongásos zavarok esetén	+++	+++	0
Szedáció	0	+/++++	
Kognitív károsodás	0	+	++
Antikolinerg hatás	0	++	0
Ortosztatikus hipotenzió	0	+	0
Hiperstimuláció (izgatottság, „jitterness”)	++	+	0
Hányinger	++	0	0

Hízás	0/+	+	0
Szexuális zavar	++	+	0
Dependencia	0	0	++
Megszakításos tünetek	+	+	+++
Abúzus kockázata	0	0	++
Kardiovaszkuláris hatás	0	++	0
Biztonságosság (túladagolás esetén kockázat)	0	++	0/+
Gyógyszerinterakció (CYP450)	0/++	0	0

## Ajánlás 8

**A tünetmentesség elérése után még hosszabb ideig – minimum 6 hónapig, de inkább egy évig – szükséges fenntartani a gyógyszeres terápiát a visszaesés megelőzése érdekében. (erős ajánlás) [2,3,4,5,6,35,40]**

### 2.2.5. Fenntartó gyógyszeres kezelés

Remisszió alatt nem csupán a pánikrohamok, hanem az anticipált szorongás megszűnését is értjük. A terápiát a remisszió elérése után 6–12 hónapig folytatni kell, illetve még tovább, amennyiben a gyógyszer elhagyása a szorongásos tünetek visszatérésével jár. A fenntartó terápia hatékonyságát igazolták az SSRI-ok, a TCA-k, a venlafaxin és a moclobemid esetében 6 hónaptól 3 évig terjedő időintervallumban [2]. A gyógyszeres terápia befejezése fokozatosan – akár hónapok alatti – dóziscsökkentéssel történjen. Az antidepresszívum hirtelen elhagyása diszkontinuációs szindrómát okozhat, a benzodiazepinek hirtelen elhagyása megvonásos tünetek megjelenésével járhat [2,3,4,5,6,35]. A lassú, fokozatos csökkentéssel nemcsak elkerülhetjük a diszkontinuációs tüneteket, de tesztelhetjük az állapot stabilitását is. Amennyiben a szorongásos tünetek újból jelentkeznének, akkor a terápiás szintre kell visszaemelni a dózist.

A pánikbetegség nem ritkán krónikus lefolyású, és teljes remisszió esetén is évek múltán előfordulhat relapszus. A betegek gondozása az elért terápiás eredmény fenntartását és a visszaesés megelőzését szolgálja. A prognózist számos tényező befolyásolja. Hosszú távon a legjobb prognózisra a teljes tünetmentességet elérő betegeknél számíthatunk, míg a legkedvezőtlenebb prognózissal a súlyos, régóta fennálló és társult pszichiátriai kórképekkel szövődött esetekben számolhatunk. Ezért kell hangsúlyozni a korai felismerés és kezelésbevétel jelentőségét.

## 2.3. Pszichoterápiás módszerek

### 2.3.1. Kognitív-behavior terápia (CBT)

Számos kontrollált vizsgálat igazolta a CBT hatékonyságát pánikbetegségben [2,3,5,6,35], és egy meta-analízis szignifikánsan hatékonyabbnak találta a gyógyszeres kezelésnél is [50].

A pánikbetegség kognitív modellje az alábbi jellemzőkön nyugszik:

A)

Fokozott pszichofiziológiai hajlam vészreakció kiváltódására, illetve fokozott érzékenység a hiperventillációra

B)

Katasztrófizáló értelmezési mód: a testi érzetek (pl. palpáció, légszomj) félreértelmezése, túlértékelése, mint kognitív zavar

C) Az anticipált szorongás miatti fokozott önmegfigyelés

D) A különböző elkerülő viselkedések, amelyek fenntartják a negatív interpretációkat és a szorongás rögzüléséhez és fokozódásához vezetnek [4].

Mindezek miatt az expozíciós módszer nagyon fontos részét képezi a pánikbetegség kognitív viselkedésterápiájának [4,51]. Lényeges, hogy a viszonylag gyorsan alkalmazható szorongásmenedzselési technikákat tanítsunk meg a kliensnek, melyeket otthonában önállóan is gyakorolja. Erre a célra szolgál a progresszív relaxáció és a légzéstréning, amely segít a hiperventilláció megelőzésében, illetve leküzdésében [4]. A kognitív átstrukturálás révén történik meg a hiedelmek, a katasztrófizáló gondolkodás korrekciója [52].

A CBT technikák (ingerexpoziáció, kognitív átstrukturálás, direkt szorongáscsökkentő technikák [légzés kontroll, progresszív relaxáció elsajátítása], szorongáshierarchia, ön-monitorizálás [naptármódszer, Likert skála], biztonságfokozó technikák stb.) közül az expozíciós módszer a leghatékonyabb. A szisztematikus deszenzitizálás és az ingerelárasztásos technika elsősorban az agorafóbiával együtt járó pánikbetegeknél hatékony, különösen, ha terapeuta kíséri a beteget [53]. Általában hetente egyszeri, összesen 10–14 alkalommal, átlagosan 60 perces terápiás ülést tartanak ideálisnak, de ennél rövidebb idő (6–7 ülés) is eredményes lehet [2,5]. A terápia lényeges elemei az otthon elvégzendő „házi feladatok”, amely a kliens együttműködését feltételezi [5]. A kezelés maximum 4 hónapig tart. A követéses szakaszban többnyire egy megerősítő terápiás ülést is beiktatnak. Az internet alapú CBT, illetve a telefonon vagy videón keresztüli CBT ugyanolyan hatékonynak mutatkozik, mint a face-to-face helyzet [2], ami költséghatékonysági szempontból figyelemre méltó adat. A CBT csoportterápiás formában is alkalmazható, de hatékonyságának bizonyításához még nem történt elég randomizált kontrollált vizsgálat [6]. Hosszantartó követéses vizsgálatban a két év után remisszióba került a pánikbetegek 93%-a, 10 év után 62%-uk is rohammentes maradt [54].

A CBT kortól függetlenül hatékony módszer. Hatvan év feletti betegeknél ugyanolyan szignifikáns mértékű javulást lehetett elérni, mint a fiatalabb korcsoportban [55].

A farmakoterápia és a CBT előnyeit és hátrányait a 6. táblázatban foglaltuk össze [40].

6. táblázat: A farmakoterápia és a CBT előnyei és hátrányai [40].

	<b>Gyógyszeres terápia</b>	<b>Kognitív behavior terápia</b>
Mellékhatás	++	0

Gyors hatáskezdés	++ (BZD esetén)	+
Súlyos esetekben is hatékony	++	+
Hatékony a fóbiás elkerülő viselkedésben is	+	++
Súlyos komorbid depresszióban is hatékony	++ (AD esetén)	+
Tartós marad a hatás a terápia befejezése után is	0	+
Alkalmazható a háziorvosi gyakorlatban	++	0
Terápiás tapasztalat szükséges az alkalmazásához	+	++
Szükséges a „házi feladatok” teljesítése, illetve a félelmi helyzetekkel való konfrontáció (expozíció)	0	+

### **2.3.2. Pszichodinamikus terápiák**

Hatásosságát többnyire nem kontrollált vizsgálatok és esetismertetések támasztják alá. Mindössze két kontrollált vizsgálat történt, de ezek még nem bizonyították a módszer hatásosságát [35,56].

### **2.3.3. Szupportív pszichoterápia**

Nem specifikus, egyéni, támogató pszichoterápiának mind a betegség akut szakaszában, mind a hosszú távú terápia során helye van. Ez megalapozhatja a jó orvos-beteg kapcsolatot. Amennyiben a páciens patológiás családi légkör veszi körül, amely mind a tünetek kiújulásában, mind a kezeléssel való elégtelen kooperációban szerepet játszhatnak, akkor családterápiás intervenciókra is szükség lehet

### **2.3.4. Egyéb pszichoterápiás módszerek**

Az EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing), a mind-fulness és a családterápia hatékonyságára vonatkozóan egyelőre még nem állnak rendelkezésre jól kontrollált vizsgálatok, csak esettanulmányok [35]. A mindfulness alapú kognitív terápia (MBCT) hatékonyságát nyílt vizsgálattal támasztották alá [57].

## **2.4. Kombinált farmako- és pszichoterápiás kezelés**

Huszonegy vizsgálat meta-analízise során igazolták a kombinált pszicho- és farmakoterápiás kezelés előnyét a csak CBT-vel vagy csak gyógyszerrel kezelt csoporttal szemben a pánikbetegség akut terápiás szakaszában [2]. Ez a különbség a gyógyszeres csoportnál a fenntartó terápiás időszakban is megmaradt, míg a csak CBT-vel kezelt csoporttal hosszútávon azonos volt az eredmény a relapszus-prevenციót illetően [58,59].

Azoknál a betegeknél, akiknél a 15 üléses CBT nem hozott kellő eredményt, a CBT augmentációja paroxetinnel szignifikáns javulást hozott [60]. Egy másik vizsgálatban a CBT-t kiegészítő fluvoxamin terápia növelte a hatékonyságot [61].



Appelbaum és mtsai mindkét módszert monoterápiában is hatékonyak találták, de a kombinált terápia hatékonysága felülmúlta mindkettőt, bár a különbség kicsi volt [62].

## 2.5. Egyéb terápiás megközelítések

### 2.5.1. *Transcranialis Magnetikus Stimuláció (TMS)*

A homloklebeny dorsolateralis prefrontalis területe a repetitív TMS targetje. Kevés vizsgálatot publikáltak. Egy CBT-re és SSRI-ra terápiarezisztens betegnél [63] és egy nyílt vizsgálat [64] során találták eredményesnek az rTMS-t, de a mindössze két kontrollált vizsgálat – részben az alacsony elemszám miatt – nem bizonyította a rTMS hatékonyságát [65].

**2.5.2. Fizikai aktivitás:** A fokozott fizikai aktivitás (aerobic, jogging) szorongásoldó hatása miatt ajánlott pánikbetegségben [66]. Egyelőre nagyon kevés vizsgálat áll rendelkezésre a monoterápiában alkalmazott fizikai gyakorlatok hatékonyságára vonatkozóan. A meta-analízis nem igazolta hatékonyságát monoterápiában [67]. Kevésbé hatásos, mint a clomipramin [68] vagy a csoportos CBT [69], ugyanakkor Gaudlitz és mtsai kimutatták összehasonlító vizsgálatukban, hogy az aerobic növeli a CBT terápia hatékonyságát [70]. Relapszus megelőzése céljából mindenképpen ajánlható [71].

### 2.5.3. *Önsegítő terápia – „Self-help” módszer*

Ide tartoznak a betegségről szóló könyvek, terápiás útmutatók olvasása és követése, az internet-alapú edukációs források, weboldalak tanulmányozása, valamint az önsegítő csoportokban való részvétel.

Az önsegítő terápia hatékonyságát kimutatták a várólistás csoporttal történő összehasonlítás révén, ugyanakkor a terapeuta által irányított kezelés hatásosabb volt a „self-help” módszernél [72]. Az önsegítő csoportokban a betegek megoszthatják a tapasztalataikat és coping stratégiájukat egymással face-to-face helyzetben, skype-on vagy egyéb telekommunikációs eszközön keresztül. A „nem vagyok egyedül” érzés sokat jelent, de nem helyettesítheti a hatékony terápiás módszereket [35].

## 3. Speciális klinikai állapotok

### 3.1. Várandósság és szoptatás

#### Ajánlás 9

**Várandósság és szoptatás alatt a pszichoterápiás kezelést kell mindenekeelőtt alkalmazni. Amennyiben elkerülhetetlen a gyógyszeres kezelés (pl. egyre súlyosbodó depresszió társul a pánikbetegséghez), akkor mérlegelni kell a gyógyszeres kezelés elmaradásának kockázatát és a farmakoterápia esetleges magzati szövődményeit (kockázat/előny) (erős ajánlás) (lásd 7. táblázatot) [73]**

*7. táblázat. A pszichiátriai gyógyszerelés kockázata a várandósság és a szoptatás időszakában [73 alapján]*

Hatóanyag

Várandóssági kockázat (a)

Kockázat szoptatás esetén (b)

#### SSRI-ok

citalopram	C	L3
escitalopram	C	L3 idősebb csecsemőknél
fluoxetin	C	L2 idősebb csecsemőknél, L3 újszülöttek esetén
fluvoxamin	C	L2
paroxetin	D	L2
sertralin	C	L2

#### Triciklusos antidepresszívumok

clomipramin	C	L2
dezipramin	C	L2
imipramin	C	L2

#### Egyéb antidepresszívumok

bupropion	B	L3
duloxetin	C	N/A
mirtazapin	C	L3
trazodon	C	L2
venlafaxin	C	L3

#### Benzodiazepinek(BZD)

alprazolam	D	L3
clonazepam	D	L3
diazepam	D	L3 (tartós használat esetén) L4
lorazepam	D	L3

## Antiepileptikumok

valproát	D	L2
karbamazepin	D	L2

## Atípusos Antipszichotikumok (AAP)

aripirazol	C	L3
klozapin	B	L3
olanzapin	C	L2
ketiapin	C	L4
risperidon	C	L3

a = Az FDA (American Food and Drug Administration) az egyes szereket biztonság szempontjából az alábbiak szerint osztályozza: A = ellenőrzött vizsgálatok nem igazolnak kockázatot; B = humán alkalmazás esetén nem bizonyított a kockázat; C = kockázat nem zárható ki; D = kockázat bizonyított; X = terhességben ellenjavallt.

b = Szoptatás esetén a kockázati kategóriák értelmezése: L1 = legbiztonságosabb; L2 = biztonságos; L3 = mérsékelten biztonságos; L4 = veszély lehetséges; L5 = ellenjavallt.

A pánikbetegség a várandósok 1,2–2%-át érinti. A terhességgel általában nem szűnnek meg a tünetek [74]. A várandósság és a szoptatás alatt jelentkező vagy folyamatában fennálló pánikbetegségnél természetesen a nem-gyógyszeres kezeléseket kell előnyben részesíteni. Amennyiben a várandósság alatt nélkülözhetetlen a gyógyszeres kezelés, akkor az alábbi lehetséges következményeket kell mérlegelnünk: 1. teratogén kockázat 2. perinatális szindrómák, 3. posztnatális fejlődési és magatartási következmények. Legújabb adatok szerint az SSRI és egyéb új generációs antidepresszívumok nem növelik szignifikánsan a fejlődési rendellenességek gyakoriságát, kivéve a paroxetint. Ugyanakkor egy friss metaelemzés szerint a várandósság alatti antidepresszív kezelés szignifikáns összefüggést mutat az újszülöttek alacsonyabb gesztációs korával, alacsonyabb Apgar-értékeivel és születési súlyával. Ugyanakkor a terhesség alatti antidepresszív kezelés mellékhatása olyan csekély mértékű mind a gesztációs kor, mind az Apgar-értékek és a születési súly tekintetében, hogy az klinikai szempontból elhanyagolható [75,76].

A korai terhesség alatt szedett benzodiazepinek növelik a légyszájpad hasadék kialakulásának kockázatát. A terminushoz közel el kell hagyni a BZD-t a „floppy infant” szindróma (izomgyengeség, alacsony Apgar érték, hyperthermia) megelőzése érdekében [40].

A valproát a teratogenitás szempontjából a legkockázatosabb szer. A velőcső záródási rendellenesség 1–5%-ban (átlagpopulációban kevesebb, mint 0.5%) fordulhat elő, és gyakoribb a kardiovaszkuláris

malformáció, az intrauterin fejlődési elmaradás, a nemi szervek anomáliái (pl. hypospadiasis), a pulmonális atresia és a craniosynostosis [77].

Összefoglalva: a várandósság alatti súlyos pánikzavar esetében gondos mérlegelés szükséges: ha a farmakoterápia elmaradása nagyobb veszélyt hordoz magában, mint a terápia jelentette kockázat, akkor ezen gyógyszerek alkalmazására szükség lehet. Ilyenkor a gyógyszer alkalmazási előírata az irányadó vagy kérdéses esetben az OGYEI engedélyét kell kérni, és törekedni kell a lehető legalacsonyabb hatékony dózis beállítására. Az antidepresszívumokat kombináljuk omega-3-zsírsavval vagy folsavval, mivel ezek a szerek az antidepresszív farmakoterápia hatékonyságát szignifikánsan növelik (4-es szintű evidencia).

A pánikbetegség kezelésében használatos pszichotrop gyógyszerek megjelennek az anyatejben, de szerencsére igen alacsony koncentrációban. A triciklusos antidepresszívumokkal, SSRI-készítményekkel és a moclobemiddel kapcsolatos vizsgálatokban a csecsemőben mérhető szérumszintek az anyai szérumkoncentráció 1–6%-ának felelnek meg, vagy ki sem mutathatók (lásd 8. táblázat). A relatíve legmagasabb koncentráció az anyatej első cseppjeiben és az utolsó frakciójában mutatható ki. Az általános gyakorlat szerint – a kis kockázat ellenére is – az ilyen gyógyszereket szedő anya esetében a szoptatást célszerű mellőzni vagy a gyógyszert el kell hagyni.

*8. táblázat: Antidepresszív szerek és szoptatás [78]*

<b>Antidepresszívumok</b>	<b>Relatív csecsemő dózis (%)</b>
bupropion	2
citalopram	3–10
duloxetin	<1
escitalopram	3-6
fluoxetin	<12
fluvoxamin	<2
mirtazapin	0,5–3
paroxetin	0,5–3
sertralin	0,5–3
venlafaxine	6–9

### **3.2. Pánikbetegség gyermek- és serdülőkorban**

#### **Ajánlás 10**

**Gyermek- és serdülőkori szorongásos zavarokban elsődlegesen CBT-t alkalmazunk (erős ajánlás) [5,35].**

A szorongás gyakori tünet gyermekkorban, mégis kevés epidemiológiai vizsgálat áll rendelkezésre. Castello és mtsai (2003) a tizenhat éves serdülők 10%-ánál állapítottak meg valamilyen szorongásos zavart [79]. A gyermekkori szeparációs szorongások előfordulása korral csökken, és a serdülőkortól kezdődően egyre gyakoribbá válik a pánikbetegség, az agorafóbia és a generalizált szorongás [80].

A 9–17 év közötti gyermekek 3%-a élt át már pánikrohamot [81]. Számos vizsgálat szeparációs szorongás és a későbbi pánikbetegség között szoros összefüggést talált [82,83] és felvetették a közös genetikai hátteret is [84], míg más kutatások nem támasztják alá a két kórkép közötti kapcsolatot [85].

Gyermek- és serdülőkorban elsődlegesen kognitív viselkedésterápia terápia javasolt [86,87], melynek hatékonyságát igazolták [84, 86, 88]. és csak szükség esetén alkalmazzunk gyógyszeres kezelést [89]. A gyógyszeres kezelés hatékonyságát pánikbetegségben gyermekek és serdülők esetében sokkal kevesebb evidencia támasztja alá, mint felnőtteknél, emiatt gyógyszeres kezelés indításához megfelelő mérlegelés szükséges [89]. Kettős-vak, randomizált farmakoterápiás vizsgálat tudomásunk szerint még nem történt gyermekkori pánikbetegségben. Nyílt vizsgálatokban az SSRI-ok és a BZD-ek hatékonynak bizonyultak [90]. Ebben a korosztályban mérlegelni kell a kockázat/előnyt SSRI beállításakor [35,40]. Bár számos SSRI alkalmazási előíratában szerepel az indikációk között a pánik zavar, mindez felnőtt populációra vonatkozik, jelenleg egyik szer sem adható gyermek-, illetve serdülőkorban az alkalmazási előíratuk szerint.

### **3.3. Öngyilkossági kockázat**

#### **Ajánlás 11**

**A pánikbetegség önmagában kis mértékben emeli az öngyilkossági kockázatot. Hosszabb fennállás során gyakran társul depresszióval, ekkor a szuicid kockázat ugrásszerűen megnő (erős ajánlás) [2,35].**

Johnson és mtsai (1990) az ECA epidemiológiai vizsgálat adatainak feldolgozása során azt találták, hogy a szövődménymentes pánikbetegek 7%-a, míg a komorbid pánikzavar és major depresszióban szenvedők 19.5%-a követett el szuicidkísérletet [91]. Egy későbbi reanalízis során – melyben minden komorbid kórképet kizártak – a pánikzavar már nem jelentett ilyen mértékű kockázatot [92] Számos más vizsgálat is igazolta, hogy elsősorban a pánikbetegséghez társuló depresszió emeli meg jelentősen az öngyilkossági kockázatot [93]. A depresszión kívül a komorbid alkohol, drog vagy gyógyszerfüggőség, a táplálkozás magatartás zavarai, a PTSD, valamint a borderline személyiségzavar is növeli a szuicid kockázatot a pánikbetegek körében [94].

#### **4. Lefolyás, kimenetel**

International Consensus Group on Depression and Anxiety (ICGDA) a reszponderséget és a remissziót az alábbi öt terület értékelése alapján javasolta megítélni: pánikrohamok (beleértve az abortív pánik attackokat is), anticipátoros szorongás, agorafóbia, a pánikbetegség globális súlyossága és a pszichoszociális funkciókat akadályozó fogyatékoság [95]. Reszponder az a kliens, aki klinikailag stabil állapotban van, szignifikánsan csökkentek a tünetei, de nem panaszmentes. Remisszióknak tekinthető a legalább három hónapon keresztül fennálló tünet- és panaszmentes állapot mind az öt területen. Ezekhez a kritériumokhoz később még hozzátették az esetlegesen fennálló depressziós tünetek megszüntetését is [96].

Egy tizenöt éves követéses vizsgálat során a betegek 18%-a vált tünet- és gyógyszermentessé, 13% gyógyszerzedés mellett tünetmentes volt, 51% jelentősen javult, de még előfordultak pánikrohamaik, míg 18%-uk továbbra is kimerítette a diagnosztikus kritériumokat. Az agorafóbia előfordulása 69%-ról 20%-ra csökkent [97].

A legfrissebb Cochrane elemzés (16 vizsgálat és 966 beteg) nem talált szignifikáns különbséget a pszichoterápiás kezelés és a különböző gyógyszeres terápiák (SSRI-ok és benzodiazepinek külön-külön, illetve egymással kombinálva) kimenetele között [98]. Tehát mindkét megközelítés hatékony. Amennyiben az egyikre nem reagál a beteg, a másikat kell alkalmazni, vagy kombinálni a gyógyszeres kezelést a célzott pszichoterápiával. A terápiára nem reagáló pánikbetegek gyakran válnak munkaképtelenné, és önálló életvitelük is jelentősen korlátozott.

A rossz prognózis prediktív tényezője a pánikbetegséghez társuló agorafóbia, depresszió, szerabúzus és/vagy személyiségzavar, hosszú betegség tartam, valamint a non-compliance [40].

A „terápiarezisztencia” hátterében – a non-compliance és a gyógyszerintolerancia mellett – gyakran észlelhető, hogy a kliens nem megfelelő ideig kapta a gyógyszert (pl. korai váltás), illetve részleges terápiás válasz esetén nem emelték föl a dózist a maximálisan tolerálható szintig [40].

A valódi terápiarezisztens pánikbetegeknél megpróbálható az SSRI-ok kombinálása TCA-val (ICGDA és WFSBP ajánlása) annak figyelembevételével, hogy a CYP450 gátlása révén az SSRI-ok emelik a TCA-k vérszintjét [40]. Ezenkívül az antidepresszív szer mellett beállított valproát is hatékony lehet a terápiarezisztens esetekben [40].

## 5. Összefoglalás

A pánikbetegség kezelésének legfontosabb alapelvei

1. A pánikbetegek többsége ambulánsan kezelhető. Agorafóbia, komorbid depresszió és/vagy szerabúzus, valamint szuicid kockázat miatt indokolt lehet a hospitalizáció.
2. A farmakoterápia és a CBT egyaránt hatékony kezelési mód. Kombinált alkalmazásuk egymás hatását erősítik.
3. Farmakoterápiában az SSRI-ok az elsőként választandó szerek.
4. „Start low, go slow”. A mellékhatások miatt alacsony dózissal kezdünk, és fokozatosan emeljük a terápiás szintre. Szükség esetén a maximálisan tolerálható dózísig emeljük a gyógyszer adagját.
5. A terápia első heteiben az SSRI mellé adhatunk BZD-t a gyorsabb hatás elérése, illetve a mellékhatásként jelentkező „feszültség”, „hiperstimuláció” kivédése érdekében.
6. A cél a teljes remisszió – bármelyik terápiás módszert választjuk.
7. A gyógyszereket csak fokozatosan lehet leépíteni a diszkontinuációs vagy megvonásos tünetek elkerülése érdekében.