

A szorongás ellátása a házi orvos praxisában

A leggyakoribb panasz

A szorongás előfordul egészségeseknél is és lehet védő funkciója (pl. a veszély elkerülésére figyelmeztet, ha túl közel megyünk a szakadék széléhez), és akár fokozhatja is a teljesítményt – gondoljunk például egy olimpiai aranyérmes sportolóra vagy egy sikeresen vizsgázó egyetemi hallgatóra.

A SZORONGÁS MINT KÓROS ÁLLAPOT ÉS ANNAK KÖVETKEZMÉNYEI

A szorongás a fájdalom mellett a leggyakrabban előforduló panasz és tünet a medicinában. Szinte minden betegséghez társulhat, azonban „önálló életet” is élhet, a szorongás maga lehet a betegség lényege: tüneteket és panaszokat/szenvedést okoz és gátolja a normális funkciókat (pl. társas kapcsolatok vagy közlekedés). Gyakori betegség, az élettartam prevalenciája kb. 25 százalék, nőknél átlagosan kétszer olyan gyakori, mint férfiaknál.

A szorongásos és depressziós betegek premorbid személyiségét és temperamentumát negatív emocionalitás, túlzott aggodás és stresszérzékenység jellemzi. A betegség megjelenése gyakran függ össze életeseeményként (pl. szerelmi csatlódás, munka elvesztése) jellemezhető stresszel.

A fontosabb szorongásos betegségek a következők:

- Fóbiák
 - Agorafóbia pánikzavarral vagy pánikzavar nélkül
 - Szociális fóbia
 - Egyszerű (körülírt) fóbiák például állattól, magasságtól, vértől, orvosi beavatkozásoktól (!)
- Pánikzavar (epizodikus, rohamokban jelentkező szorongás)
- Generalizált szorongás (régén: szorongásos neurózis)
- Kévert szorongásos és depressziós zavar (e kórkép jellemzője, hogy a két tünetcsoport együtt betegséget okoz, külön „küszöbalattiak” maradnának)
 - Akut stresszreakció
 - Poszttraumatikus stressz zavar
 - Kényszerbetegség
 - Alkalmazkodási zavarok

A szorongásos betegségek gyakran járnak szövődményekkel, melyek közül kiemelendő a pszichoaktív szer (elsősorban alkohol) abúzus, illetve dependencia, a depresszió és az öngyilkosság. A szorongásos betegségek egymással is szövődhetnek, ami súlyosbítja a betegek állapotát. A komorbiditás a betegek túlnyomó többségét érinti, számos betegnek 2–3 vagy akár több szorongásos és

más pszichiátriai betegsége lehet egyszerre vagy egymás után. A szorongás szomatikus betegségekkel szövődve azok kedvezőtlen prognózisával társul (pl. infekciók az immunfunkciók gyengülése miatt, gyakoribb kardiális eredetű halál). Fontos, hogy a szorongásos betegségek kezelés nélkül gyakran progresszív lefolyást mutatnak és növekedhet a komorbid állapotok száma.

A szorongásos betegségek csökkentik a munkateljesítményt, növelik a betegállományban töltött időt és akár teljes és tartós keresőképtelenséget is előidézhetnek. Igen súlyosak lehetnek, ezért is fontos korai felismerésük és adekvát kezelésük.

Az egyes kórképek rövid ismertetése megtalálható *Bitter István* „Szorongásos kórképek” című könyve alapján az alábbi webcímen: http://5mp.eu/fajlok/merenyi/bitter_istvan__szorongas_www.5mp.eu_.pdf.

Szeretnénk kiemelni, hogy a mindennapi stressz, köztük az *orvosi vizsgálat és bármelyik betegség* gyakran okoznak átmeneti szorongásos tüneteket (alkalmazkodási zavar szorongásos tünetekkel), melyek szoros összefüggést mutatnak a kiváltó eseménnyel.

A SZORONGÁSOS BETEGEK ELLÁTÁSA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A HAZAI HELYZETRE

A szorongásos betegek többségét világszerte a családorvosok látják el, s ehhez általában rendelkeznek a szükséges jogosítványokkal, azaz a szakorvosokhoz hasonló biztosítói térítéssel rendelhetnek gyógyszereket. Hazánkban ez nincs így, a hatékony szerek többségét csak szakorvosi javaslatra, meghatározott ideig rendelhetik a családorvosok. Ez többnyire felesleges orvos-beteg találkozásokat jelent. A hazai betegellátásban részt vevő pszichiáter szakorvosok száma a becslések szerint 2012 elejére 600 alá csökkent, ami már önmagában lehetetlenné teszi a nagyszámú beteg ismétlődő szakorvosi vizsgálatát. Kedvezőbb a helyzet, ha a családorvos és a pszichiáter szakorvos egy helyen rendelnek, ami a személyes konzultációt megkönnyíti, azonban ez ritkán valósul meg.

A súlyosabb, többszörösen komorbid állapotokkal jellemzett betegek diagnosztikája és kezelése, vagy legalább annak segítése ideális esetben pszichiáter szakorvos segítségével történik. Jól szervezett csoportpraxisok esetében részállású pszichiáter helyben végzett konzultációja lehet az egyik megoldás.

A szorongásos betegségek kezelésében kiemelkedő szerepe van a pszichoterápiás kezeléseknél, valamint a kombinált gyógyszeres és pszichoterápiás kezeléseknél. Ambuláns pszichoterápiás kezelés elvileg az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető, azonban jelenleg, egy-egy intézményt leszámítva, megfelelő ideig tartó pszichoterápiás kezeléseket csak magánpraxisokban érhetők el. Segítené, ha megvalósulna az a terv, hogy több pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező klinikai pszichológus segítse a családorvosok mindennapi munkáját.

A gyógyszeres kezeléseket a szorongásos betegségek, különösen a szövődményes (komorbid) szorongásos betegségek esetében alapvető fontosságúak. Az alábbi rövid fejezet azokat a szempontokat foglalja össze, melyek a szorongásos betegek családorvosi praxisban történő ellátását segíthetik.

A SZORONGÁSOS BETEGSÉGEK GYÓGYSZERES KEZELÉSE

A szorongásos betegségek kezelésében világszerte továbbra is a benzodiazepin származékok és a szerotonerg hatással (is) rendelkező antidepresszív szerek (ADSz) a leggyakrabban használt gyógyszerek. Említésre méltó még a szerotonerg buspiron, továbbá a hydroxyzine, mely antihisztamin hatásokkal is rendelkezik és egy aminosav, a pregabalin, mely könnyen áthatol a vér-agy gáton, a kalciumcsatorna alfa2-delta ($\alpha 2-\delta$) alegységéhez kötődik, és inaktív a GABA receptorokon (!). A pregabalin szorongásos zavarokban nincs jelenleg OEP támogatása. Ellenjavalltak a szorongás kezelésében a barbiturátszármazékok és nem javasolt szakmailag a meprobamat alkalmazása sem.

Az egyes szerek indikációi eltérőek; az alkalmazási előírások, melyek az Országos Gyógyszerészeti Intézet honlapján (<http://www.ogyi.hu/gyogyszeradatbazis>) megtalálhatók, segítenek az eligazodásban, a rendelés szabályozásáról pedig az OEP honlapján (http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,34923&_dad=portal&_schema=PORTAL) tájékozódhatunk.

Benzodiazepin-származékok, buspiron vagy ADSz rendelésekor mérlegelendő néhány szempont, ezeket az 1. táblázat foglalja össze. Az ADSz-ek közül elsőnek valamelyik szelektív szerotonin visszavétel gátló (SSRI) választását javasolják egyhangzóan a különböző irányelvek. Érdekes az ADSz-szel folyó kezelés kezdetén legalább rövid ideig egy benzodiazepin-származékot is rendelni. Ennek a javaslatnak több indoka van: a benzodiazepin-származékok gyorsan hatnak, szemben az ADSz-ekkel, melyek hatása csak lassan fejlődik ki; az ADSz-ek átmenetileg (többnyire néhány napig) fokozhatják a szorongást, nyugtalanságot és alvászavart okozhatnak. Az ADSz alkalmazásával kapcsolatos legfontosabb problémára mindegyik ADSz alkalmazási előírása figyelmeztet, nevezetesen arra, hogy öngyilkossági gondolatokat provokálhatnak. Erre a megfigyelésre a depresszió kezelése kapcsán került sor, azonban vonatkozik minden más indikációra is. Fontos rizikótényező, hogy a szorongásos betegségekben gyakran fordulnak elő depressziós tünetek, és akár a diagnosztikai kritériumokat teljesítő depressziós szindrómával is szövődhetnek. A kérdéssel kapcsolatban számos szakmai érvelés olvasható, melyek kiemelik, hogy az öngyilkossági készletés megjelenésének a rizikója a serdülők és a fiatal felnőttek között fokozott.

A benzodiazepin-származékok alkalmazásánál titráljuk az adagot – alacsony dózissal kezdjük és azt óvatosan emeljük. Hosszú eliminációs felezési idejű szereknél (pl. clonazepam) gondoljunk arra, hogy azok felhalmozódnak a szervezetben, s ezért a mellékhatások idővel – a tolerancia ellenére – fokozódhatnak. Ez a jelenség nem áll fenn a rövid felezési idejű szereknél (pl. alprazolam), azonban azoknak egyenetlenebb lehet a hatása, egy-egy adag kimaradása „áttörésszerű” szorongást eredményezhet. Ez a jelenség csökken vagy akár teljesen kiküszöbölhető, ha lassú felszívódású kiszereletet alkalmazunk.

A benzodiazepin-származék, az ADSz vagy a buspiron választásakor az egyéb szempontok mellett érdemes mérlegelni, hogy mennyi időre tervezzük a kezelést. Rövid időre (pl. orvosi beavatkozás előtti alkalmazkodási zavar esetében) benzodiazepin-származékot, hosszabb időre (8–12 hetet meghaladó időtartamra, például évek óta fennálló agorafóbia esetében) ADSz választása javasolható.

Prof. Dr. Bitter István
Simmelweis Egyetem, Pszichiátriai
és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

