

Emberi Erőforrások Minisztériuma –Egészségügyért Felelős
Államtitkárság

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv – A pánikbetegségről

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító: 002039
Megjelenés dátuma: év. hónap. nap

(Közlönykiadó adja meg)

Érvényesség időtartama: 2017.10.04. – 2020.10.04.

Kiadja: Emberi Erőforrások Minisztériuma –
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Megjelenés helye

Nyomtatott verzió: Egészségügyi Közlöny

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

I. AZ IRÁNYELV FEJLESZTÉSÉBEN 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. Házi orvostan 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. Berczki 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 házi orvosi ellátás

6302 házi gyermekorvosi ellátás

6303 felnőtt és gyermek (vegyes) házi orvosi 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 gyógyszer család.

Anxiolitikum: szorongásos állapotok kezelésére általában rövid ideig alkalmazott szerek.

Pszichoedukáció: A beteg felvilágosítása a betegségére lényegéről, 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 Contolled 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: család-terápia (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 előiratait 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 pánikbetegségekre 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, hogy 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, csökkentsük 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.

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 felállítását. 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. Érdeemes 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

depersonalizáció, 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 előrejelzői 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 vezet 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 figyelembe vételével 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.

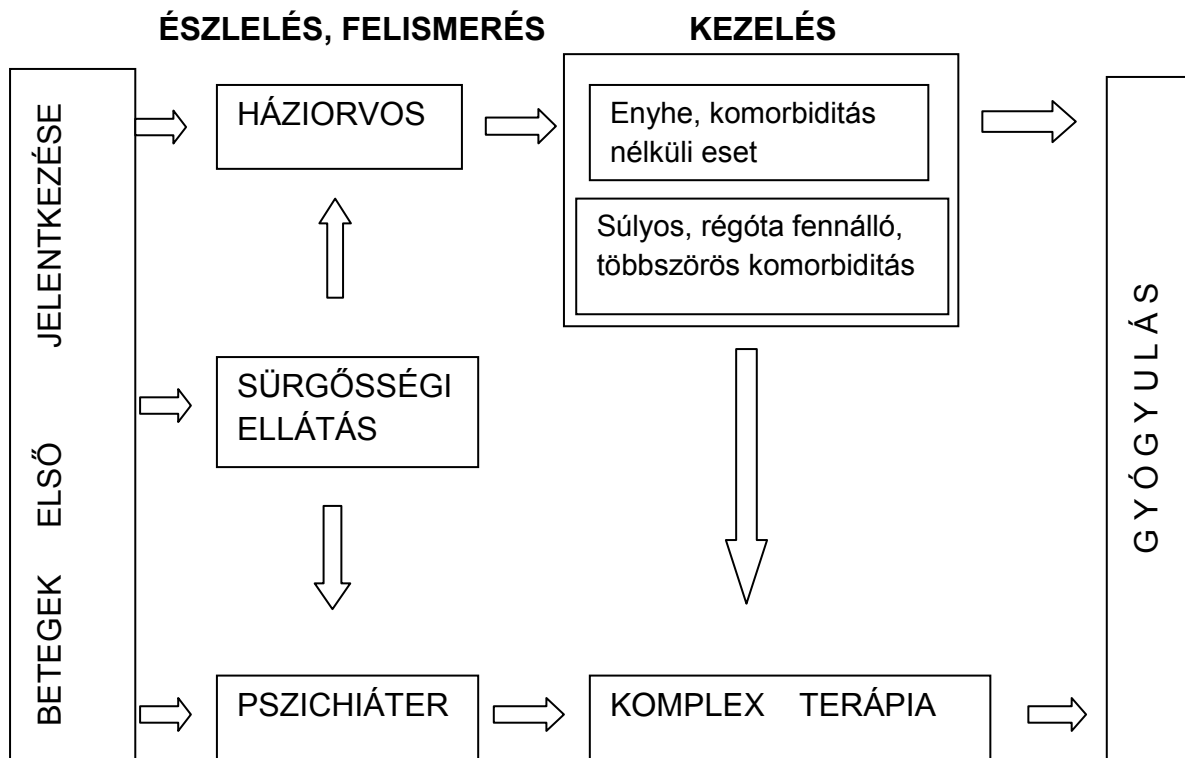
Ajánlás 3

Noha a pánikbetegség pszichiátriai kórkép, a betegség felismerése és kezelése nem csupán pszichiátriai kompetencia. A pánikbetegek első észlelésében jelentős szerepe van a házi orvosoknak, így a pánikbetegség diagnózisának felállítása után a betegség azonnali kezelésbe vétele a beteg gyógyulási esélyeit növeli. A házi orvosok 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 házi orvosát 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 házi orvos gyakran szomatikus beállítottságú. A pánikrohamot átélő beteg a halálfélelem érzés miatt nagyobb eséllyel fordul házi orvoshoz, 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]

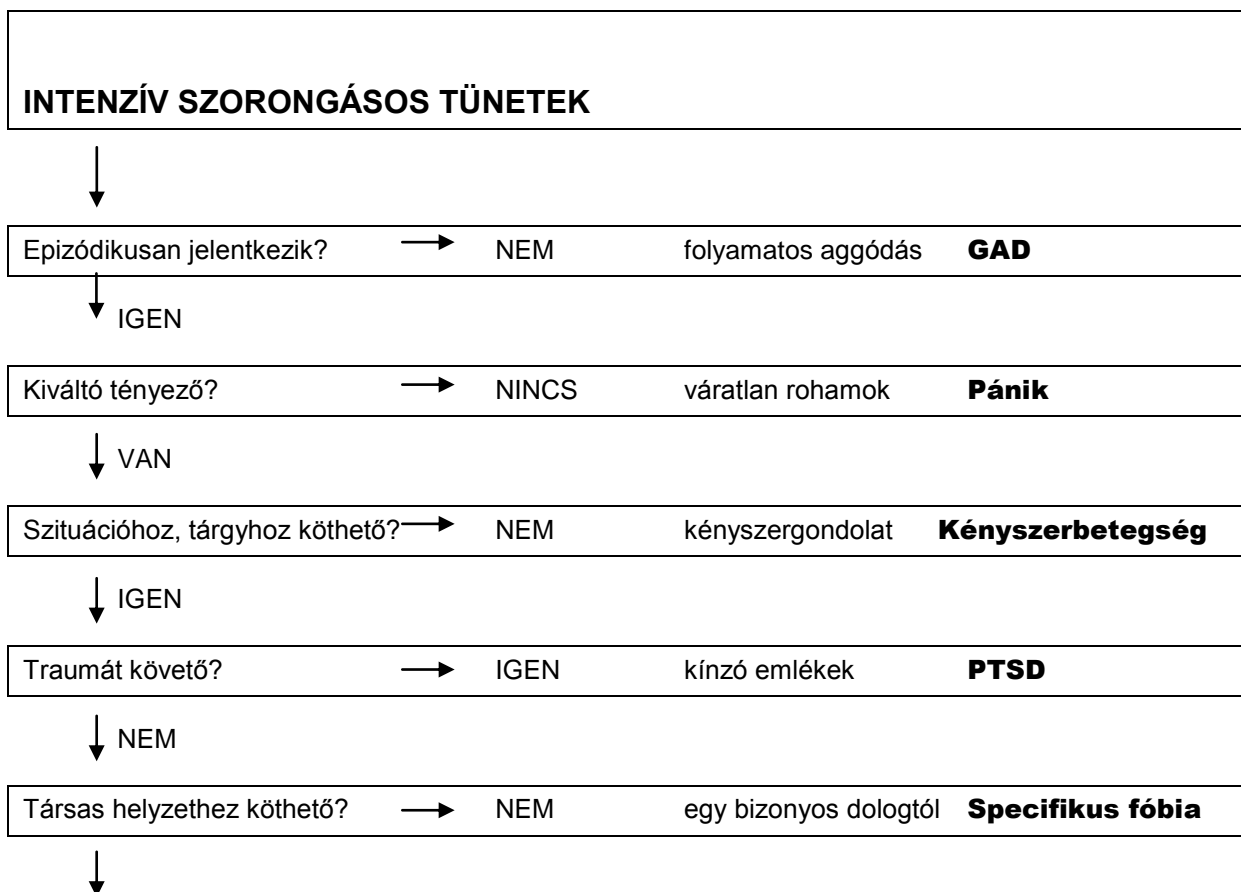
Pánikbetegségben a szorongásos állapot jól körülhatárolt időszakokra vonatkozik, a rohamok váratlanul törnek a betegre. A pánikbetegségben szenvedők kb 2/3-ánál kialakul a következményes elkerülő magatartás, az agorafóbia is. Agorafóbia előfordul azonban pánikbetegség nélkül is. A beteg nem pánikbetegségben, 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. kísértő 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 akaratától függetlenül visszatérő, tudatába betörő kényszergondolatok (pl. fertőzéstől való félelem, agresszív gondolat) gyötrik, melyek elviselhetetlen feszültséget okoznak, és amelyek ellen a beteg ismételt rituálékkal, kényszercselekvéssel (pl. kézmosás, rendezgetés, ellenőrzés) védekezik. A kényszergondolat és/vagy kényszercselekvés 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 rémálmodat, 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, rosszullét zsúfolt helyektől, tömegektől
Szociális szorongás zavar:	félelem, rosszullét 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



IGEN

Mások figyelme váltja ki? → IGEN	megszégyenüléstől fél	Szociális szorongás
----------------------------------	-----------------------	----------------------------

↓ NEM

Zsúfolt hely, nyílt tér váltja ki? → IGEN	ahonnan a menekülés nehéz	Agorafóbia
---	---------------------------	-------------------

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 információnak 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 viselkedés terápia (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
ANTIDEPRESSZÍVUMOK	
Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI-ok)	
citalopram	1
fluoxetin	1
fluvoxamin	1
paroxetin	1
sertralin	1
escitalopram	2
Szerotonin és noradrenalin visszavétel gátlók (SNRI)	
venlafaxin XR	1

duloxetin	3
milnacipran	3
Triciklusos antidepresszívumok (TCA)	
clomipramin	1
imipramin	1
Reverzibilis MAO-bénítók (RIMA)	
moclobemid	1
Egyéb hatásmechanizmusú antidepresszívumok	
mirtazapin	2
bupropion	3
trazodon	2 (negatív)
ANXIOLÍTIKUMOK	
Benzodiazepinek	
alprazolam	1
clonazepam	1
lorazepam	1
diazepam	1
Azapironok	
bupiron	1 (negatív)
ATÍPUSOS ANTIPSZICHOTIKUMOK (AAP)	
risperidon	2
olanzapin	3
quetiapin	3
kiegészítő aripiprazol	3
ANTIKONVULZÍVUMOK	

valproát	3
carbamazepin	3 (negatív)
EGYÉB SZEREK	
propranolol	2 (negatív)

Ajánlás 6

Elsőként válasszunk SSRI készítményt a hatásosság és a kedvező mellékhatásprofil miatt (erős ajánlás) [2,3,4,5,6,35] (Ld. 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) dózisra is már jól reagál (ld. 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 dózisra („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 benzidiazepinekkal 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 antidepresszívumok (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 mellékhatásaik miatt [40]. Ezenkívül kevésbé biztonságosak (Ld. az 5. táblázatot). A fentiek miatt csak a második vonalban ajánlják választandó szerként [2,3,4,5,6,35,40].

Az egyéb antidepresszívumok 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 dózisú 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 mellékhatásaik 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]. (Ld. 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 placébóval 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 dózisú risperidon esetében található egy randomizált egyes-vak vizsgálat, amelyben azonos hatékonyságúnak mutatkozott a paroxetinnel [49]. A többi APP 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 pánikbetegek 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]

Hatóanyag	Szokványos napi terápiás dózis	Maximális napi terápiás dózis
Citalopram	20-40mg	60mg

Escitalopram	10-20mg	40mg
Fluoxetin	20-40mg	60mg
Fluvoxamin	50-100mg	300mg
Paroxetin	20-40mg	60mg
Sertralin	50-100mg	200mg
Venlafaxin	100-200mg	300mg
Clomipramin	50-150mg	225mg
Imipramin	50-150mg	225mg
Alprazolam	1-3mg	6mg
Clonazepam	1-3mg	6mg
Lorazepam	1-3mg	6mg
Diazepam	5-15mg	30mg
Mirtazapin	15-45mg	60mg

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 jelentkeznek, 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) Katasztrofizáló 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 (ingerexpozíció, 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].

	Gyógyszeres terápia	Kognitív behavior terápia
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 mindfulness és a családterápia hatékonyságára vonatkozóan egyelőre még nem állnak rendelkezésre jól kontrollált vizsgálatok, csak esettanulmányok [35]. A mindfulness alapú kognitív terápia (MBCT) hatékonyságát nyílt vizsgálatokkal 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-prevenziót 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 hatékonynak 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 terápiaerezisztens betegnél [63] és egy nyílt vizsgálat [64] során találtak 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)		
aripiprazol	C	L3
klozapin	B	L3
olanzapin	C	L2
kvetiapin	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 (Ld. 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]

Antidepresszívumok	Relatív csecsemő dózis (%)
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 alkalmazzunk (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 koraal 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 serdülőkurban 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 hatékonyak bizonyultak [90]. Ebben a korosztályban mérlegelni kell a kockázat/előnyt SSRI beállításakor [35,40]. Bár számos SSRI alkalmazási előiratában szerepel az indikációk között a pánik zavar, mindez felnőtt populációra vonatkozik, jelenleg egyik szer sem adható gyermek-, illetve serdülőkurban az alkalmazási előiratuk szerint.

3.3. Öngyilkossági kockázat

Ajánlás 11

A pánikbetegség önmagában kismértékben 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 szövödménymentes 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 depresszió 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 rezponderséget 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 % gyógyszereszedés 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 figyelembe vételével, 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 dózsig 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

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Pszichiáter és gyermekpszichiáter szakorvos: a pánikbetegség diagnosztizálása, gyógyszeres és pszichoterápiás kezelése és egyéb biológiai terápiája, gondozása, pszichoedukáció nyújtása és a stresszkezelés keretébe tartozó intervenciók;

Pszichiáter és gyermekpszichiáter szakorvosjelölt (rezidens): pszichiáter és gyermekpszichiáter szakorvos utasítására és felügyelete mellett a pánikbetegség diagnosztizálása, gyógyszeres és pszichoterápiás kezelése és egyéb biológiai terápiája, gondozása, pszichoedukáció nyújtása és a stresszkezelés keretébe tartozó intervenciók;

Pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező orvos vagy pszichológus: a pánikbetegség pszichoterápiája; pszichoedukáció nyújtása;

Klinikai szakpszichológus: Pszichoedukáció. Pszichoterapeuta szupervíziója mellett a pánikbetegek pszichoterápiája. Differenciáldiagnosztikai probléma esetén pszichodiagnosztikai tesztek elvégzésével segíti a diagnózis folyamatát, Stresszkezelés keretébe tartozó intervenciók;

Háziorvos: a pánikbetegség diagnosztizálása, a beteg kivizsgálása és akut ellátása, gyógyszeres kezelésének elindítása, szükség esetén a szakellátás felé irányítása, kezelésének követése, valamint a szakellátás felkérésére meghatározott gondozási feladatokban való részvétel.

Szociális munkás, illetve nővér/ápoló: rehabilitációval, illetve a viselkedésterápiával kapcsolatos feladatok elvégzése. A járóbeteg ellátás keretein belül ugyanezen feladatok szükség esetén a beteg otthonában is elvégezhetők. Stresszkezelés és más közösségi gondozás keretébe tartozó intervenciók.

Dietetikus: a pánikbetegségben szenvedő páciens dietetikai gondozása, ideális esetben a pszichiáter szakorvossal, a háziorvossal, és az ellátást biztosító egészségügyi szakemberekkel történő együttműködésben. Amennyiben a páciens/kliens speciális táplálkozási igényű, tápláltsági állapotát tekintve nagy rizikójú kategóriába tartozik, illetve kvantitatív és/vagy kvalitatív szempontból egyénre szabott étrendet igényel, dietetikus szakember bevonása javasolt a gondozásába.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A betegnek az osztályról való elbocsátása után, a remisszió eléréséig történő további kezelése és gondozása ambuláns feladat, ami történhet az osztályhoz kapcsolódó szakambulancián, pszichiátriai gondozóintézetben, illetve a pszichiáter szakorvos javaslata alapján háziorvossal kooperálva a háziorvosi rendelőben, magánrendelőben.

A jogi háttér tekintetében lásd az aktuálisan hatályban lévő Egészségügyi Törvény (Eü.T.) idevágó részét (jelenleg ez az Eü.T. X. Fejezete, a "Pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása" címmel) és a 60/2004. (VII. 6.) számú ESzCsM rendeletet (lásd még a VIII/2.5. melléklet!).

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Annak ellenére, hogy az utóbbi két évtizedben – a médiának is köszönhetően – a pánikbetegségről szóló információk eljutottak a laikusokhoz és a szomatikus orvosokhoz egyaránt, mégis gyakran fordulnak elő fölöslegesen ismétlődő vizsgálatok, későn felállított diagnózisok. A kliensek szociális és kulturális körülményei széles spektrumot ölelnek fel. A pánikbetegség nőkben gyakoribb, de egyébként független az anyagi viszonyoktól, az iskolázottságtól, a kulturális körülményektől.

1.4. Egyéb feltételek

Az irányelv alkalmazását elősegítő tényező lehet az irányelv minél szélesebb körben való elérhetőségének biztosítása (pl. publikálása önálló formában vagy a gyakorló orvosok által a gyógyszerfelíráshoz gyakran használt – a gyógyszerek alkalmazási előíratát tartalmazó – zsebkönyvek mellékleteként). Az irányelv alkalmazásának gátló tényezője lehet az ország egyes részein közismerten kifejezett mértékűvé vált szakemberhiány. Az alkalmazás további gátja a pszichiátriai betegek és betegségek stigmatizációja.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztatók, oktatási anyagok

-

2.2. A tevékenységsorozat elvégzésekor használt kérdőívek, adatlapok

-

2.3. Táblázatok

XI. Melléklet 1.3.

1. táblázat: A szorongásos zavarok elkülönítése egymástól

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

3. Táblázat: A pánikbetegség gyógyszeres kezelésének összefoglalása [2,3,5,6,35 alapján]

4. Táblázat: A pánikbetegség kezelésében első és második vonalban alkalmazott gyógyszerek terápiás dózisa [2,3,5,6,35 alapján]
5. Táblázat: A pánikbetegségben hatékony gyógyszer csoportok előnyei és hátrányai [40]
6. Táblázat: A farmakoterápia és a CBT előnyei és hátrányai [40]
7. Táblázat: A pszichiátriai gyógyszerelés kockázata a várandósság és a szoptatás időszakában [73 alapján]
8. Táblázat: Antidepresszív szerek és szoptatás [78]

2.4. Algoritmusok

XI. Melléklet 1.4.

1. A pánikbetegség felismerésének és kezelésbe vételének algoritmusa
2. A szorongásos zavarok differenciál diagnosztikus step-by-step algoritmusa

2.5. Egyéb dokumentumok

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A megfelelő szakmai ellátás indikátorai egyedi és statisztikai szinten ragadhatók meg. Egyedi szinten a páciens állapotának javulását különböző pszichiátriai (objektív, tehát a vizsgáló által kitöltött) becslőskálákon, vagy a páciens által megválaszolt ún. önkitöltő (szubjektív) kérdőíveken szokás rögzíteni, de inkább csak a különböző klinikai kutatások, illetve a gyógyszervizsgálatok során. A mindennapi klinikai gyakorlatban ezek a módszerek (részben az időhiány miatt is) nem alkalmasak az ellátás színvonalának objektiválására, már csak azért sem, mert a páciens saját állapotának summás értékelése valamint a hozzátartozók megítélése (romlott, változatlan, kicsit javult, sokat javult, teljesen tünetmentes) önmagában a legalkalmasabb és legautentikusabb vélemény. Csak egyedi elemzéssel lehet megállapítani azt is, hogy adekvát-e a terápia a csupán részlegesen vagy egyáltalán nem reagáló betegeknél. Statisztikailag megragadható szinten a betegállományban lévők aránya, a betegállomány hossza, a kórházi felvételek aránya (rehospitalizáció egy éven belül), az adott betegség miatti leszázalékolások aránya, illetve egy megadott időszak alatt a szuicid kísérletek és befejezett szuicídiumok aránya jelenthetik a megfelelő indikátorokat.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata érvényességének lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A frissítés megkezdésére a Pszichiátriai Tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztő csoport minden tagját illetve a Tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/eket. A fejlesztőcsoport vezetője (Dr. Németh Attila) folyamatosan követi, hogy az irányelv alapjául szolgáló külföldi szakmai irányelvek/releváns szakirodalmi források, illetve az irányelvben, a

beteg ellátásával kapcsolatos jogszabályi háttér frissült-e, és ezek változása esetén a változásokat összegyűjtve prezentálja azokat a fejlesztőcsoportnak, amely konszenzus alapján eldönti, hogy szükséges-e bármilyen mértékű hivatalos változtatás kezdeményezése az érvényességi idő lejárta előtt. (Ide kapcsolódóan jegyezzük meg, hogy természetesen amennyiben a fent említett, az irányelv tartalmát érintő jogszabályi háttér változik, az annak hatályba lépésével – és nem annak a jelen irányelv frissített verziójába való átvezetésével és a frissített irányelv megjelenésével – válik kötelezően alkalmazandóvá minden érintett számára.) A változtatás mértékéről a fejlesztőcsoport konszenzus alapján dönt.

IX. IRODALOM

1. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: Szorongásos zavarok. Egészségügyi közlöny. https://kollegium.aEEK.hu/conf/upload/oldiranyelvek/PSZICH_Szorong%C3%A11sos%20zavarok_mod0_v0.pdf
2. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M: Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety disorders, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorder. *MBC Psychiatry* 2014; Suppl:S1
3. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, Christmas DM, Davies S, Fineberg N, Lidbetter N, Malizia A, McCrone P, Nabarro D, O'Neill C, Scott J, van der Wee N, Wittchen HU: 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. *J Psychopharmacol* 2014;28:403.
4. Bánki MC, Belső N, Purebl Gy: Szorongásos zavarok. In: Füredi J, Németh A: *A pszichiátria magyar kézikönyve. 5. kiadás*, Budapest. Medicina könyvkiadó, 2015; pp276-286.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with and without agoraphobia) in adults. *NICE clinical guideline* 113;2011.
6. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME: Clinical practice guideline: The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111:473-480.
7. Culpepper L: Identifying and treating panic disorder in primary care. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl 5):19-23.
8. Szádóczy E: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon*. PrinTech Budapest, 2000.
9. Ágoston G, Füredi J: A pánikbetegség és fóbiák epidemiológiája. In: *Pánik és fóbiák*. szerk Bánki M.Cs. Pánik és fóbiák. Budapest, Cserépfalvy kiadó; 1995. p16-27.

10. Celano CM, Daunis DJ, Lokko HN, Campbell KA, Huffman JC: Anxiety disorders and cardiovascular disease. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18(11):101.
11. Batelaan NM, ten Have M, van Balkom AJ, Tuizhof M, de Graaf R: Anxiety disorders and onset of cardiovascular disease: the differential impact of panic, phobias and worry. *J Anxiety Disord* 2014; 28(2):252-258.
12. Caldirola D, Schruers KR, Nardi AE, DeBernardis D, Fornaro N, Perna G: Is there a cardiac risk in panic disorder? An updated systematic review. *J Affect Disord* 2016; 194:38-49.
13. Tully PJ, Turnbull DA, Beltrame J, Horowitz J, Cosh S, Baumeister H, Witter GA: Panic disorder and incident coronary heart disease: a systematic review and meta-regression in 1131612 persons and 58111 cardiac events. *Psychol Med* 2015;45(14):2909-20.
14. Chalmers JA, Quintana DS, Abbot MJ, Kemp AH: Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: A meta-analysis. *Front Psychiatry* 2014;5:80.
15. World Health Organization: Classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. WHO Geneva, 1992.
16. BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió). Budapest, Népjóléti Minisztérium (1995).
17. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder). Washington DC: American Psychiatric Association; Fifth 2013.
18. Moreno-Peral P, Conejo-Ceron S, Motrico E, Rodriguez-Morejon A, Fernandez A, Garcia-Campajo J, Roca M, Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M, Angel Bellon J: Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general population: A systematic review of cohort studies. *J Affect Disord* 2014; 168C:337-348.
19. Crowe RR, Noyes R, Pauls DL: A family study of panic disorder. *Arch Gen Psych* 1983;40:1065-69.
20. Wolitzky-Taylor K, Dour H, Zinbarg R, Mineka S, Vrsek-Schallhorn S, Epstein A, Bobova L, Griffith J, Waters A, Nazarian M, Rose R, Craske MG: Experiencing core symptoms of anxiety and unipolar mood disorder in late adolescence predicts disorder onset in early adulthood. *Depress Anxiety* 2014;31(3):207-13.
21. Faravelli C, Lo Sauro C, Lelli L, Pietrini F, Lazzaretti L, Godini L, Benni L, Fioravanti G, Talamba GA, Castellini G, Ricca V: The role of life events and HPA axis in anxiety disorders: a review. *Curr Pharm Des* 2012; 18(35):5663-74.
22. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
23. Bienvenue OJ, Onyike CU, Stein MB, Chen LS, Samuels J, Nestadt G, Eaton WW: Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. *Br J Psychiatry* 2006; 188:432-438.

24. Bonham C, Uhlenhuth E: Disability and Comorbidity: Diagnoses and Symptoms Associated with Disability in a Clinical Population with Panic Disorder *Psychiatry Journal* 2014; Article ID 619727, 7 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/619727>
25. Rihmer Z, Szadoczky E, Füredi J et al: Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *J Affect Disorder* 2001; 67:175-179.
26. Péter L, Döme P, Rihmer Z, Kovács G, Faludi G: Kardiovaszkuláris betegségek és depresszió: az epidemiológiai és a lehetséges etiológiai összefüggések áttekintése. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2008, X/2; 73-82.
27. Bánki MCs: A szorongás mint önálló kardiovaszkuláris rizikófaktor. *Neuropsychofarmacologia Hungarica* 2006: VIII/1: 5–11.
28. Tringer I, Masszi G, Rihmer Z: A szívbetegségek pszichoszomatikája. In: Füredi J, Németh A: *A pszichiátria magyar kézikönyve. 5. kiadás*, Budapest. Medicina könyvkiadó, 2015; pp781-90.
29. Rihmer Z. A pánikbetegség kardiológiai vonatkozásai. *Psychiátr Hung* 1992; 7: 57–66.
30. Torzsa P, Kalabay L, Eőry A, Rihmer Z: Pszichiátria a családorvosi gyakorlatban. In: Füredi J, Németh A: *A pszichiátria magyar kézikönyve. 5. kiadás*, Budapest. Medicina könyvkiadó, 2015; pp781-90.
31. Hamilton, M: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
32. Spielberger CD: *Stait-Trait Anxiety Inventory: Bibliograhya*(2nd edition) Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 1989.
33. Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
34. Shear, MK et al: Multicenter Collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psych* 1997;154:1571-77.
35. Stein MB, Goin MK, Pollack MH, Roy-Byrne P, Sareen J, Simon NM, Campbell-Sills L.: The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Panic Disorder (Second Edition). <http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic 9.aspx>.
36. Van Apeldoorn FJ, Van Hout WJ, Timmerman ME, Mersch PP, den Boer JA.: Rate of improvement during and across three treatments for panic disorder with or without agoraphobia: cognitive behavioral therapy, selective serotonin reuptake inhibitor or both combined. *Affect Disord*. 2013 Sep 5;150(2):313-9.
37. Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Furukawa TA. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 12;10:CD011170. [Epub ahead of print]

38. Bakker A, van Balkom A, Spinhoven P: SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:163-167.
39. Otto MW, Tuby KS, Gould RA, McLean RY, Pollack MH: An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1989-1992.
40. Marchesi C. Pharmacological management of panic disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2008;4(1):93-106.
41. Croom KF, Perry CM, Plosker GL. Mirtazapine: a review of its use in major depression and other psychiatric disorders. *CNS Drugs*. 2009. 23(5):427-52.
42. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Barbui C. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. *CochraneDatabaseSystRev*. 2016 Sep 12;9:CD011567. [Epub ahead of print]
43. Rickels K, Schweizer E: Panic disorder: long-term pharmacotherapy and discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 1998, 18:12S-18S.
44. Nardi AE, Freire RC, Valenca AM, Amrein R, de Cerqueira AC, Lopes FL, Nascimento I, Mezzasalma MA, Veras AB, Sardinha A, et al: Tapering clonazepam in patients with panic disorder after at least 3 years of treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2010, 30:290-293.
45. Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle AL, Peters P, Toshkov F, Otto MW: Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder. *J Psychopharmacol* 2003, 17:276-282.
46. Goddard AW, Brouette T, Almai A, Jetty P, Woods SW, Charney D: Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:681-686.
47. Katzelnick DJ, Saidi J, Vanelli MR, Jefferson JW, Harper JM, McCrary KE: Time to response in panic disorder in a naturalistic setting: combination therapy with alprazolam orally disintegrating tablets and serotonin reuptake inhibitors compared to serotonin reuptake inhibitors alone. *Psychiatry (Edgmont)* 2006, 3:39-49.
48. Perna G, Alessandra A, Raffaele B, Elisa M, Giuseppina D, Paolo C, Maria N, Daniela C. Is There Room for Second-Generation Antipsychotics in the Pharmacotherapy of Panic Disorder? Systematic Review Based on PRISMA Guidelines. *Int J Mol Sci*. 2016 Apr 13;17(4):551. doi: 10.3390/ijms17040551.
49. Prosser JM, Yard S, Steele A, Cohen LJ, Galynker II: A comparison of low dose risperidone to paroxetine in the treatment of panic attacks: a randomized, single-blind study. *BMC Psychiatry* 2009, 9:25.
50. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P: Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety* 2011, 28:560-567.

51. Mórotz K. A pánikbetegség kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz K., Perczel Forintos D. (szerk.) Kognitív viselkedésterápia. Budapest; Medicina; 2005. p.284-309.
52. Mórotz K, Lukács E.: Viselkedés és kognitív terápiák. In: Füredi J, Németh A: A pszichiátria magyar kézikönyve. 5. kiadás, Budapest. Medicina könyvkiadó, 2015; pp576-588.
53. Gloster AT, Wittchen HU, Einsle F, Lang T, et al.: Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 406–20.
54. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Ruini C, Mangelli L, Belluardo P: Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *PsycholMed* 2001, 31:891-898.
55. Hendriks GJ, Kampman M, Keijsers GP, Hoogduin CA, Voshaar RC. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia in older people: a comparison with younger patients. *Depress Anxiety*. 2014 Aug;31(8):669-77. doi: 10.1002/da.22274. Epub 2014 May 27
56. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 13;4:CD011004. doi: 10.1002/14651858.CD011004.pub2
57. Kim MK, Lee KS, Kim B, Choi TK, Lee SH. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder. *Psychiatry Investig*. 2016 Mar;13(2):196-202. doi: 10.4306/pi.2016.13.2.196. Epub 2016 Mar 23.
58. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R: Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry* 2006, 188:305-312.
59. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R: Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, CD004364.
60. Kampman M, Keijsers GPJ, Hoogduin CAL, et al. (2002) A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone. *J Clin Psychiatry* 63: 772–777.
61. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, Koele P, van Dyck R: Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry* 1995; 152:683–691.
62. van Apeldoorn FJ, van Hout WJ, Mersch PP, Huisman M, Slaap BR, Hale WW 3, Visser S, van Dyck R, den Boer JA. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Apr;117(4):260-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01157.x. Epub 2008 Feb 26.
63. Machado S, Santos V, Paes F, Arias-Carrión O, Carta MG, Silva AC, Nardi AE. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) to treat refractory panic disorder patient: a case report. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2014;13(6):1075-8.

64. Mantovani A, Aly M, Dagan Y, Allart A, Lisanby SH. Randomized sham controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation to the dorsolateral prefrontal cortex for the treatment of panic disorder with comorbid major depression. *J Affect Disord.* 2013 Jan 10;144(1-2):153-9. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.038.
65. Li H, Wang J, Li C, Xiao Z. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for panic disorder in adults.. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Sep 17;(9):CD009083. doi: 10.1002/14651858.CD009083.pub2.
66. Strohle A, Graetz B, Scheel M, et al. The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *J Psychiatr Res.* Aug 2009. 43(12):1013-7.
67. Bartley CA, Hay M, Bloch MH. Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2013 Aug 1;45:34-9. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.04.016. Epub 2013 Apr 30.
68. Broocks A, Bandelow B, Pekrun G, et al. (1998) Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 155: 603–609.
69. Hovland A, Nordhus I, Sjobo T, et al. (2012) Comparing physical exercise in groups to group cognitive behaviour therapy for the treatment of panic disorder in a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 5: 1–25.
70. Gaudlitz K, Plag J, Dimeo F, Ströhle A. Aerobic exercise training facilitates the effectiveness of cognitive behavioral therapy in panic disorder. *Depress Anxiety.* 2015 Mar;32(3):221-8. doi: 10.1002/da.22337. Epub 2014 Dec 17
71. Strohle A, Graetz B, Scheel M, et al. The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *J Psychiatr Res.* Aug 2009. 43(12):1013-7.
72. Lewis C, Pearce J and Bisson JI (2012) Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: Systematic review. *Br J Psychiatry* 200: 15–21.
73. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013;15:1-44.
74. Ross LE, McLean LM. 2006. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry*, 67:1285–98.
75. Huang H, Coleman S, Bridge JA, et al: A meta-analysis of the relationship between antidepressant use in pregnancy and the risk of preterm birth and low birthweight. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:13–18.
76. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2013 Apr;70(4):436-43. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.684.

77. Grover and Avasthi: Mood stabilizers in pregnancy and lactation. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(Suppl 2):S308-23.
78. Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2013 Jun;59(6):633-4.
79. Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(8):837–844.
80. Nagy P.: Szorongásos zavarok. In: Balázs J, Miklósi M. (szerk.): *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2015. p.101-109.
81. Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(8):837–844.
82. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*. 1964; 3:397–408.
83. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:305–309.
84. Roberson-Nay R, Eaves LJ, Hettner JM, Kendler KS, Silberg JL. Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depression and Anxiety*. 2012; 29:320–327. [10.1002/da.21931](https://doi.org/10.1002/da.21931)
85. Aschenbrand SG, Kendall PC, Webb A, Safford SM, Flannery-Schroeder E. Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42:1478–85. [10.1097/00004583-200312000-00015](https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00015)
86. Hoffman EC, Mattis SG: A developmental adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. *Cogn Behav Pract* 2000;7:253–261.
87. Vetró Á, Dombovári E. A kognitív behavior terápia alkalmazása gyermekkorban. In: Mórotz K, Perczel Forintos D. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest; Medicina; 2005. p.659-711.
88. Manassis K, Mendlowitz SL, Scapillato D, et al. Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1423-1430.
89. Connolly SD, Bernstein GA: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 6:267–283.
90. Kodish I, Rockhill C, Varley C. Pharmacotherapy for childhood anxiety disorders - *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2011; 13(4):439-452.
91. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Panic disorder, comorbidity and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:805-8.

92. Hornig CD, McNally RJ. Panic disorder and suicide attempts: a reanalysis of data from the epidemiologic catchment area study. *British Journal of Psychiatry* 1995;167:76–9.
93. Németh A.: Szorongásos zavarok és öngyilkosság. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel (szerk.: Kalmár S., Németh A., Rihmer Z.), Budapest: Medicina; 2012, p.170-177.
94. Warshaw, M. G., Massion, A. O., Peterson, L. G., Pratt, L. A., & Keller, M. B. Suicidal behavior in patients with panic disorder: retrospective and prospective data. *Journal of Affective Disorders*, 1995;34, 235–247.
95. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. 1998. Consensus statement on panic disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 59(Suppl 8):47–54.
96. Doyle A, Pollack MH. 2003. Establishment of remission criteria for anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, (Suppl 15):40–5.
97. Andersch S, Hetta J, A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *Eur Psychiatry*, 2003;18:401-408.
98. Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Furukawa TA. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 12;10:CD011170. [Epub ahead of print]

X. A FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium Pszichiátriai Tagozata 2016 februárjában, az előző, a szorongásos betegségek kezeléséről szóló irányelv szerzőit, Dr. Németh Attilát és Dr. Ágoston Gabriellát felkérte a pánikbetegségről szóló új verzió elkészítésére. A fejlesztőcsoport által készített irányelv tervezetek az OBDK (Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ) módszertani szakértőihez kerültek benyújtásra értékelés céljából.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Dr. Németh Attila és Dr. Ágoston Gabriella az irányelv előző verziójának megjelenése óta a szakirodalmat figyeli és gyűjti, illetve a jelen verzió elkészítéséhez további, célzott irodalomkutatást végzett. A célzott irodalomkutatáshoz a PubMed adatbázist használtuk (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). A következő keresőszavakat, illetve ezek kombinációt alkalmaztuk a keresésnél: "panic disorder"; "agoraphobia"; "anxiety disorder"; "cognitive behavior therapy"; "treatment"; "guideline". A célzott irodalomkeresést az előző irányelv megjelenésének időpontja (2007) és 2016.11.01. közötti időszakban megjelent, elsősorban angol nyelvű szakirodalomra szűkítettük le. A felhasznált, 2006 előtt publikált irodalmi források az irányelv előző verziójából kerültek átvételre.

A jelen szakmai irányelv elkészítéséhez az I. fejezetben említett külföldi irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő irányelv készíthető.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A IV/3. fejezetben bemutatott bizonyíték besorolást a 2014-es CANMAT bizonyítékelmélettel alapján, módosítás nélkül vettük át.

Azokon a szöveghelyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás.

Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaljuk.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az irányelv a fent (V. fejezet, 3. alfejezet) részletezett öt nemzetközi irányelv ajánlásainak adaptációjával és további releváns szakirodalmi adatok alapján készült. A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése (harmonizálása) a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye. A szövegben az információ forrása minden esetben megjelölésre került. A CANMAT irányelv ajánlásainak rangsorolása az abból átvett besorolás szerint történt, a meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az „erős ajánlás” megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki.

5. Véleményezés módszere

Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a korábban véleményezési jogot kérő és a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával.

Az irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőikkel kialakított konszenzusnak.

6. Független szakértői véleményezése

XI. MELLÉKLETEK

1.3 Táblázatok

1.táblázat: A szorongásos zavarok elkülönítése egymástól

Pánikbetegség:	spontán jelentkező pánikrohamok
Agorafóbia:	félelem, rosszullét zsúfolt helyektől, tömegektől
Szociális szorongás zavar:	félelem, rosszullét 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 gondolat kiváltotta szorongás, feszültség
Poszttraumás stressz betegség:	extrém, nem átlagos (pszicho)trauma után a visszatérő emlékek váltanak ki intenzív szorongást

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

Hatóanyag	Evidencia szint
ANTIDEPRESSZÍVUMOK	
Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI-ok)	
citalopram	1
fluoxetin	1
fluvoxamin	1
paroxetin	1
sertralin	1
escitalopram	2
Szerotonin és noradrenalin visszavétel gátlók (SNRI)	
venlafaxin XR	1

duloxetin	3
milnacipran	3
Triciklusos antidepresszívumok (TCA)	
clomipramin	1
imipramin	1
Reverzibilis MAO-bénítók (RIMA)	
moclobemid	1*
Egyéb hatásmechanizmusú antidepresszívumok	
mirtazapin	2
bupropion	3*
trazodon	2 (negatív)
ANXIOLÍTIKUMOK	
Benzodiazepinek	
alprazolam	1
clonazepam	1
lorazepam	1
diazepam	1
Azapironok	
bupiron	1 (negatív)
ATÍPUSOS ANTIPSZICHOTIKUMOK (AAP)	
risperidon	2
olanzapin	3
quetiapin	3
kiegészítő aripiprazol	3
ANTIKONVULZÍVUMOK	

valproát	3
carbamazepin	3 (negatív)
EGYÉB SZEREK	
propranolol	2 (negatív)

3.Táblázat: A pánikbetegség gyógyszeres kezelésének összefoglalása [2,3,5,6,35 alapján]

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 [2,3,5,6,35 alapján]

Hatóanyag	Szokványos napi terápiás dózis	Maximális napi terápiás dózis
Citalopram	20-40mg	60mg
Escitalopram	10-20mg	40mg
Fluoxetin	20-40mg	60mg
Fluvoxamin	50-100mg	300mg
Paroxetin	20-40mg	60mg
Sertralin	50-100mg	200mg
Venlafaxin	100-200mg	300mg
Clomipramin	50-150mg	225mg
Imipramin	50-150mg	225mg

Alprazolam	1-3mg	6mg
Clonazepam	1-3mg	6mg
Lorazepam	1-3mg	6mg
Diazepam	5-15mg	30mg
Mirtazapin	15-45mg	60mg

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

	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 hipotenzio	0	+	0
Hiperstimuláció (izgatottság, „jitterness”)	++	+	0
Hányinger	++	0	0
Hízás	0/+	+	0
Szexuális zavar	++	+	0
Dependencia	0	0	++
Megszakításos	+	+	+++

		(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)		
aripiprazol	C	L3
klozapin	B	L3
olanzapin	C	L2
kvetiapin	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.

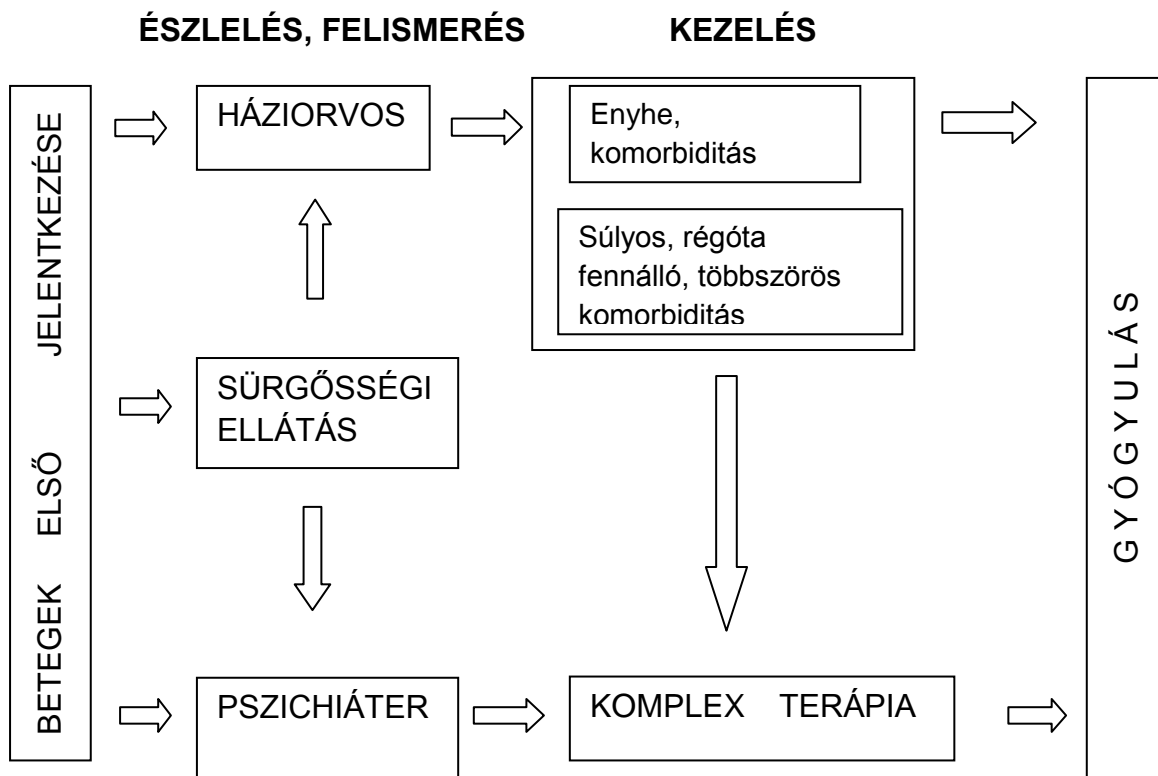
8.Táblázat: Antidepresszív szerek és szoptatás [78]

Antidepresszívumok	Relatív csecsemő dózis (%)
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

1.4 Algoritmusok

1. A pánikbetegség felismerésének és kezelésbe vételének algoritmus



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

INTENZÍV SZORONGÁSOS TÜNETEK



Epizódikusan jelentkeznek?	→	NEM	folyamatos aggodás	GAD
----------------------------	---	-----	--------------------	------------

↓ IGEN

Kiváltó tényező?	→	NINCS	váratlan rohamok	Pánik
------------------	---	-------	------------------	--------------

↓ VAN

Szituációhoz, tárgyhoz köthető?	→	NEM	kényszer gondolat	Kényszerbetegség
---------------------------------	---	-----	-------------------	-------------------------

↓ IGEN

Traumát követő?	→	IGEN	kínzó emlékek	PTSD
-----------------	---	------	---------------	-------------

↓ NEM

Társas helyzethez köthető?	→	NEM	egy bizonyos dologtól	Specifikus fóbia
----------------------------	---	-----	-----------------------	-------------------------

↓ IGEN

Mások figyelme váltja ki?	→	IGEN	megszégyenüléstől fél	Szociális szorongás
---------------------------	---	------	-----------------------	----------------------------

↓ NEM

Zsúfolt hely, nyílt tér váltja ki?	→	IGEN	ahonnan elmenekülni nehéz	Agorafóbia
------------------------------------	---	------	---------------------------	-------------------