A pánikbetegség

Fontos, hogy megkülönböztessük egymástól a pánikzavart és magát a pánikrohamot. Az utóbbi kritériuma az intenzív félelem és diszkomfort érzés jól elkülöníthető időszaka, mely hirtelen alakul ki, és legnagyobb intenzitását 10 perc alatt éri el. Tünetei a következők lehetnek: szapora vagy heves szívverés, verejtékezés, remegés, fulladás, légszomj érzése, gombóc érzése a torokban, mellkasi fájdalom, hányinger vagy egyéb hasi panaszok, szédülés, ájulás, olyan érzés, mintha elvált volna saját testétől, a realitás elvesztésének érzése, félelem a megőrüléstől, az önkontroll elveszítésétől, halálfélelem, zsibbadás, bizsergés, érzéketlenség, kipirulás, felhevülés vagy hidegrázás. Ezek a legjellemzőbbek, de emellett előfordulhatnak más, szokatlan testi panaszok is. A felsoroltak közül legalább négy tünet megjelenésére van szükség ahhoz, hogy kimondhassuk, valóban pánikrohamról van szó.

A pánikroham és a vele társuló egyéb betegségek a szorongásos zavarok közé tartoznak. A szorongással küzdő embereknek komoly esélyük van arra, hogy egy-egy számukra fokozottan nehéz helyzetben pánikrohamot éljenek át.

A rosszullét felléphet valamely konkrét kiváltó ok következtében (például specifikus fóbiák, szociális fóbia, poszttraumás stressz-zavar vagy kényszerbetegség), de gyakran előfordul, hogy nem találunk ilyet. Leggyakrabban agorafóbiával, vagyis a nyilvános helyeken való megjelenéstől, a tömegtől, a nyílt terektől való intenzív félelemmel társul. Ilyen esetekben általában a pánikroham megjelenése az elsődleges, az agorafóbia pedig azért alakul ki, mert az egyén a rohamok miatt fél olyan helyen lenni, ahonnan nehéz az elmenekülés, vagy nem lehet biztos abban, hogy a roham kialakulása esetén azonnal segítséget kap.

Pánikzavarról akkor beszélünk, ha a rohamok váratlanul, visszatérő jelleggel alakulnak ki, és legalább az egyik után elkülöníthető egy minimum egy hónapos időszak, melyet az újabb rohamoktól és azok következményeitől való tartós aggodalom, és az ennek kapcsán kialakuló jelentős magatartásváltozás jellemez.

Az első roham fellépésekor a legtöbben valamilyen fizikai betegségre gondolnak, hiszen a tünetek gyakran emlékeztetnek különböző szívbetegségekkel társuló testi jelekre, de akár a pajzsmirigy egyes megbetegedései is okozhatnak hasonló problémákat. Nagyon fontos, hogy mielőtt pszichés háttérre gyanakodnánk, ki kell zárni a testi betegség lehetőségét, ezért elsődlegesen ezt kell kivizsgálni. Negatív eredmény esetén lehet és kell lelki okokat keresni.

A pánikroham során olyan élettani változások játszódnak le a szervezetben, melyek eredeti funkciója az, hogy biztosítsák egy adott vészhelyzettel való megküzdés feltételeit: emelkedik a vérnyomás és a pulzusszám, nő az oxigénfelvétel, fokozódik a vér adrenalin szintje. Ezt az ősi vészreakciót pszichológiai tényezők is képesek aktiválni.

A biológiai magyarázat szerint a norepinefrin nevű, agyi információt továbbító anyag abnormális termelődése áll a pánikrohamok hátterében.

A kognitív elmélet a helyzet értelmezésére helyezi a hangsúlyt. Vannak bizonyos testi jelek (például heves szívdobogás, szédülés, légszomj), melyek részei a „normális” szorongásos reakciónak. A pánikroham más tünetei is kialakulhatnak teljesen szokványos ok következtében. A pánikra hajlamos ember azonban ezeket a valóságosnál sokkal súlyosabbnak értékeli, kétségbe esik, rögtön a legrosszabbtól tart, ez pedig csak fokozza a szorongását. Ugyanilyen hatással járhatnak bizonyos tudati történések (például a figyelemkoncentráció ingadozása) is. A növekvő szorongás miatt felületes, kapkodó légzés alakul ki, ez csökkenti a vér széndioxid szintjét, ami további kellemetlen testi tüneteket okoz, vagyis fokozza a rosszullétet. Így alakul ki az az önmagát gerjesztő folyamat, mely a pánikrohamhoz vezet.

A kutatások szerint a pánikra hajlamos emberek az átlagnál lényegesen nagyobb figyelmet fordítanak testi érzéseikre, és ezeket hajlamosak valami komoly betegség, katasztrófa jeleként értelmezni. A roham kialakulásakor többnyire már képtelenek arra, hogy a helyzet reális értelmezését alátámasztó információkat figyelembe vegyék.

A pánikrohamok gyógyszeres kezelése során általában valamilyen antidepresszánst és szorongásoldót adnak.

A gyógyszermentes terápiák közül a kognitív viselkedésterápia bizonyult a leghatékonyabbnak. Ennek során a pánikbeteget „megtanítják” arra, hogy testi tüneteit reálisan értelmezze, elsajátít számos olyan technikát (például relaxáció, légzéstréning), melyek önmagukban is alkalmasak a fellépő szorongás tüneteinek enyhítésére. Végül: a pánikroham kialakulása szempontjából jelentős ingerekkel, helyzetekkel fokozatosan szembesítik. Az elsajátított technikák birtokában a beteg megtapasztalja, hogy ezeket „túl lehet élni”, és képessé válik arra, hogy a kialakuló pánikrohamot még korai stádiumban leállítsa.

Jelenlegi ismereteink szerint a leginkább hatékony a gyógyszeres kezelés és a kognitív terápia együttes alkalmazása, melynek során a gyógyszerek mennyisége fokozatosan csökken, majd általában el is hagyható.

Irodalom:

Comer, R. J. (2005). A lélek betegségei. Osiris Kiadó, Budapest (pp. 190-194)

DSM-IV-TR (2001), Animula Kiadó Egyesület, Budapest

Mórotz, K. (2006). A pánik és az agorafóbia. In Mórotz K., Perczel Forintos D. (szerk), Kognitív viselkedésterápia (pp. 277-336). Budapest, Medicina Könyvkiadó