

PÁNIKZAVAR ÉS ÖNGYILKOS MAGATARTÁS

[Metadata, citation and similar papers](#)

Library of the Academy's Library

ZONDA TAMÁS^{1*} – NAGY GABRIELLA²

¹Magyar Szuicid-prevenációs Társaság, Budapest
²Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Pánik Ambulancia, Budapest

(Beérkezett: 2008. október 24.; elfogadva: 2009. február 9.)

A szerzők egy túlnyomórészt pánik- és szorongásos zavarokat ellátó ambulancia 281 fős mintájának (átlagosan 5 éves) utánkövetéses vizsgálatát végezték el. Vizsgálatuk a felvételtől (2002–2006) és a vizsgálat idején (2008) észlelt öngyilkossági viselkedésre terjedt ki. Az első vizsgálat idején 5 főnél (1,7%) volt élete során öngyilkossági kísérlet, 53 beteg (18,2%) számolt be öngyilkossági gondolatokról, fantáziákról – ezek az adatok harmonizálnak a népességben mért gyakoriságokkal. A követési időszak alatt befejezett öngyilkosság nem történt, 2 személy (0,7%) követett el öngyilkossági kísérletet, 4 fő (1,4%) számolt be szuicid ideációkról – ezek az adatok alatta maradnak a népességben mérteknek. Öt betegnél alakult ki major depresszió (közülük egy főnél bipoláris zavar) az utánvizsgálati időszak alatt. A vizsgálat azt mutatta, hogy a komorbiditás nélküli pánikzavar önmagában nem jelent öngyilkossági kockázatot, a gyakori fóbiás tünetek fennállása esetén sem. A terápia után észlelt szignifikánsan alacsonyabb szuicid ideációkat illetően a szerzők hangsúlyozzák a kognitív viselkedésterápia következetes végigvitelének szükségességét.

Kulcsszavak: utánkövetéses vizsgálat, pánikzavar, öngyilkossági magatartás

Az utóbbi évtized pszichiátriai gyakorlatában szaporodni tűnik a pánikzavarban szenvedők száma, igen gyakori a komorbiditás (főként a fóbiák és a depresszív zavar, ritkábban az alkohol- és/vagy szerabúzus, egyéb szorongásos zavarok). Az 1980-as évek végén több olyan megfigyelés is megjelent, melyek szerint a pánikbetegek között gyakoribb az öngyilkosság, a szuicid kísérlet és ideáció, mint a betegségben nem szenvedő népességben.

* Levelező szerző: Dr. Zonda Tamás, E-mail: zondat@t-online.hu

Az egyre szaporodó retro- és prospektív vizsgálatok meglehetősen eltérő eredményeket mutatnak. A különbségek főbb okai a pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatokból ismertek: eltérő diagnosztikus kategóriák és metodikák, mintavételi problémák, eltérő hipotézisek (Zonda 1998). A hazai irodalomban a pánikbetegséggel kapcsolatos módszertani és mérési megfontolások, problémák elemzését adták Birkás és munkatársai (2002).

Az öngyilkosság és a pánikzavar közötti összefüggés első, nagy mintán történt mérésére a jól ismert ECA vizsgálatban került sor. Ennek eredményei szerint a pánikbetegek 20%-ánál, a csak pánikrohamban szenvedők 12%-ánál jelentkezett életük során (lifetime) öngyilkossági gondolat vagy kísérlet (Weissman és mtsai 1989). Adataikat újrvizsgálva kiderült, hogy az öngyilkossági kísérlet gyakorisága a komorbiditás nélküli pánikbetegeknél 7%, míg a pszichiátriai betegségben nem szenvedőknél ez a szám 1% (Johnson és mtsai 1990). Egy másik vizsgálat 100 pánikbetegből 42 esetben talált öngyilkossági kísérletet az *anamnézisben* (71,4%-uk MD-ban, 45,2%-uk alkohol- vagy szerabúzusban is szenvedett), míg a kísérlet *anamnézisével nem rendelkező* 58 beteg között ezek az eltérések kevesebb mint fele arányban voltak jelen (Lepine és mtsai 1993). A komorbiditás jelentőségét hangsúlyozza Noyes is, de úgy véli, hogy a pánikzavar önállóan is rizikófaktornak tekinthető (Noyes 1991). Adolescens populációban egyértelműen pozitív kapcsolatot találtak a pánikrohamok és az öngyilkossági kísérletek gyakorisága között (Pilowsky és mtsai 1999; Boden és mtsai 2007).

A vizsgálatok másik része viszont hangsúlyozza, hogy a pánikbetegség önállóan nem jelenti az öngyilkos magatartás rizikóját, csak komorbiditás esetén (főként major depresszió, alkohol és/vagy szerabúzus, valamint borderline személyiségzavar társulásakor) (Cox és mtsai 1994; Friedman és mtsai 1992; Henriksson és mtsai 1993; Mannuzza és mtsai 1992; Placidi és mtsai 2000; Rudd és mtsai 1993; Warshaw és mtsai 1995, 2000). Beck egyáltalán nem talált öngyilkossági kísérletet 73 nem komorbid pánikbeteg élettartam anamnézisében (Beck és mtsai 1991).

Két hazai vizsgálat is a komorbiditás fontosságát emeli ki. Ötven beteg vizsgálata során azt találták, hogy a „pánikbetegségben a magas szuicid rizikó elsősorban a társuló major depresszióval függ össze” (Rihmer és mtsai 1994). Egy háziorvosi rendelőben megjelent 300 betegből 29 bizonyult definitív pánikbetegnek, 27 fő esetében a szubklinikus forma volt diagnosztizálható. Az 56 betegből 11-nél volt öngyilkossági kísérlet az anamnézisben, akiknél – egy beteg kivételével – depressziós tünetek is fennálltak. A szerzők következtetése az, hogy „a depressziós tünetek társulása szignifikánsan emeli a pánikbetegség öngyilkossági kockázatát, de ez fordítva nem áll fenn” (Krecz és mtsai 1997).

MÓDSZER

Egy 1996 óta működő, főként pánikbetegeket ellátó ambulancia beteganyagának egy része képezte utánkövetéses vizsgálatunk tárgyát. A 2002. jan. 1. és 2006. dec. 31. közötti 5 évben első ízben jelentkezett és kezelésbe vett, csak budapesti illetőségű (XVIII., XX., XXI., XXIII. kerületek) pánikbetegek utánkövetéses vizsgálatát végeztük. A pánikzavar diagnózisánál a BNO 10 kategóriáit használtuk, melyek jelen esetben azonosak a DSM-IV kategóriáival.

Az első vizsgálatkor az igen részletes exploráció és az anamnézis felvétele mellett (többek között) minden esetben felvesszük a Beck-féle depresszióskála (BDI) teljes verzióját, ami a klinikai tünetekkel és az explorációval egybevetve, biztosítja az esetlegesen fennálló depresszív zavar fokának megállapítását. A Beck-skálán 19 pontot elérő betegeket (a klinikummal is összevetve) általában az osztály hangulatzavarokat ellátó ambulanciájára irányítottuk, az addiktív problémákkal komorbid betegeket addiktológiai ambulanciánk látja el. A fóbiás tünetek, mint leggyakoribb tünetek a páciens panaszai alapján egyértelműen megállapíthatók. Az ellátott (és utánvizsgált) betegpopuláció így bizonyos értelemben „diagnosztikailag tisztított”.

Az utánkövetéses vizsgálat 2008 nyarán történt, a követési idő 1,5 és 6,5 év között mozgott, átlagban 4,8 év volt; a 291 főből 10 személyt nem tudtunk elérni – ez 96,6%-os elérési arányt jelent. A vizsgált 281 személyt telefonon, levélben, a háziorvosokon keresztül vagy személyesen sikerült elérni. A rövid interjú során rákérdeztünk a páciens kezelését – annak idején – indokló panaszaira, az önsértő vagy egyéb „deviáns” magatartás esetleges előfordulására, és kértük, hogy jelen életminőségét jellemezze, felajánlva további, illetve ismételt segítségünket. Bár az életminőség részletes (teszt) felmérésére technikailag nem volt mód, ezeket a válaszokat az értékelésben mégis jelezzük, mert a megkérdezettek saját minősítését informatívnak tekintjük.

Két kérdésre vártunk választ. 1. A felvételnél észlelt, élettartamra vonatkozó öngyilkos magatartás (kísérlet és ideációk) gyakorisága miként korrelál a hazai és a külhoni, nem beteg népességben mért rátákkal? 2. Az utánkövetéses vizsgálat időszaka alatt jelentkezett-e a vizsgált mintában öngyilkossági magatartás (befejezett öngyilkosság, kísérlet, szuicid ideációk).

EREDMÉNYEK ÉS MEGBESZÉLÉS

A felvételtkor észlelt és regisztrált demográfiai és klinikai adatokat az 1. táblázatban mutatjuk be.

Az irodalmi adatoknak megfelelően lényegesen több a nő (232 vs. 59). Az átlagéletkor 32,2 év volt, 74,9%-uk 40 év alatti (a legfiatalabb 16, a legidősebb 57 éves).

A kezelésbevételkor, az első vizsgálat során 35 főnél volt észlelhető enyhe-közepes fokú depresszív állapot (12,0%); 105 betegnél (36,1%) álltak fenn fóbiás zavarok (90%-ban agorafóbia). A kezelésbevétel előtt 5 betegnél (1,7%) történt élete során öngyilkossági kísérlet (1 férfi, 4 nő), és 53 beteg (18,2%) számolt be előző öngyilkossági gondolatokról, fantáziákról. (Utóbbiaknál a fő motiváció a rohamok elviselhetetlensége volt). A jelentkező betegek fele (50,1%) már felkereste háziorvosát, elmondásuk szerint kizárólag gyógyszeres – anxiolyticus – kezelésben részesültek.

1. Első kérdésünkre nézve azt találtuk, hogy a felvételtkor jelentkező betegek körében a kezelés kezdetéig az öngyilkossági kísérletek és öngyilkossági ideációk életút (lifetime) gyakorisága úgy a magyar, mind a külföldi népességben mért adatokkal megegyeznek; betegeinknél kissé magasabb volt a szuicid ideációk százaléka, a különbség azonban nem volt szignifikáns (1. táblázat). Ez amellet szól, hogy a vizsgált mintában a komplikáció nélküli („tisztá”) pánikzavarok esetében az öngyilkossági kísérletek, illetve ideációk előfordulása nem haladja meg a népességben mért arányokat.

1. táblázat. Az ambulancián 2002–2008 között először jelentkezett pánikbetegek demográfiai és klinikai adatai néhány kontrolladat tükrében

	Vizsgálati minta (n = 291)	Vizsgálati minta %-os értékei	Gyakorisági adatok a magyar népességben (%)	Gyakorisági adatok a külföldi népességben (%)
Átlagéletkor (év)	32,2			
Nő/Férfi	232/59	79,7/21,3		
Enyhe depresszív zavar gyakorisága (nő/ffi) (BDI 10–18 pont között)	35 (30/5)	12,0		
Fóbia (nő/ffi)	105 (80/25)	36,1		
Öngyilkossági kísérlet az életút során (nő/ffi)	5 (4/1)	1,7	1,4–4,8 ¹	1,4–4,6 ²
Öngyilkossági gondolatok, fantáziák	53	18,2	4,2–5,2 ¹	11–14 ²

¹ Susánszky és Hajnal 2008; Zonda és mtsai 1996; Zonda és Paksi 2006

² Kessler és mtsai 1999; Neeleman és mtsai 2004

2. A pánikzavarokat érintő prospektív vizsgálatok száma az irodalomban viszonylag kevés. Noyes 74 pánikbetegnél a 7 éves utánkövetési időszak alatt 3 befejezett öngyilkosságot és 5 súlyos kísérletet észlelt, többségüknél személyiségzavar és/vagy major depresszió állt fenn (Noyes és mtsai 1991). Ötvenöt pánikbeteg 3 éves utánkövetéses vizsgálata szerint egy személy szuicidált. Ugyanezen beteganyag 6 éves utánvizsgálatakor 6 személynél (11%) volt észlelhető „súlyos szuicidalitás” (Lepola és mtsai 1993, 1996).

Saját beteganyagunk adatainak értékelésekor a következőket találtuk:

- Befejezett öngyilkosság a vizsgált időszak alatt *nem történt*.
- Két személynél (0,7%) fordult elő *szuicid kísérlet*, ami a magyar népesség körében észlelt ráta (1,4–4,8%) alatt van. Mindketten azon 5 beteg közül kerültek ki, akiknek már a kezelésbevitel előtt is volt kísérletük, a követési időszak alatt major depresszió alakult ki mindkettőjüknél (egy harmadik nőbetegnél bipoláris zavar alakult ki, de neki öngyilkossági kísérlete nem volt).
- A vizsgálat során 4 beteg számolt be öngyilkossági ideációkról az eltelt időszak alatt, ami igen markáns csökkenést jelent a felvételkor észleltekhöz képest (1,4% vs 18,2%) (2. táblázat).

2. táblázat. Az utánkövetéses vizsgálat során elért 281 pánikbeteg klinikai adatai

	Vizsgálati minta (n = 281)	Vizsgálati minta %-os értékei
Befejezett öngyilkosság	0	0
Öngyilkossági kísérlet	2	0,7
Öngyilkossági gondolatok, fantáziák	4	1,4
Panasz és tünetmentes*	108	38,5
Továbbra is beteg, állapota alig változott*	22	7,8

* A megkérdezett személyek önminősítése alapján

Eredményeink egyértelműen megerősítik azokat a véleményeket, miszerint a pánikzavar komorbiditás nélküli formája nem tekinthető a befejezett öngyilkosság szempontjából rizikófaktornak, és nem jár együtt fokozott szuicid viselkedéssel (kísérlet, ideációk) még a főbiával igen gyakran asszociálódott esetekben és/vagy az enyhe fokú depresszió fennállásakor sem.

Az utánvizsgálat idejében a szuicid ideációk kifejezett csökkenésén kívül még egy adat érdemel említést, nevezetesen: a megkérdezettek 38,5%-a panasz- és tünetmentesnek minősítette önmagát.

Mindezen eredményeket úgy értük el, hogy tartottuk magunkat a nemzetközileg is elismert és ajánlott protokollhoz. Ha valami „plusz” említhető, az talán az, hogy mindenkor „van időnk” a páciensek számára, ami pl.

azt is jelenti, hogy elérhetőek vagyunk. Ezt azért szükséges hangsúlyoznunk, mert az a tapasztalatunk, hogy egy-egy esetlegesen fellépő enyhe recidíva esetén egy vagy két – nem hosszú előjegyzés után tartott – szupportív beszélgetés, a tanult módszerek felelevenítése után igen gyors és tartós remisszió érhető el. Ambulanciánkon a vezető szerepet a *kognitív viselkedésterápia* Kopp és Fóris által is közölt változatának következetesen végigvitt protokollja képezi (Kopp és Fóris 1993), mely tapasztalataink szerint az esetek egy részében önmagában is eredményes. A jelen felmérést képező mintaszámot jóval meghaladó számú betegeink kezelése során viszont azt is tapasztaltuk, hogy a betegek nagyobb hányadában a pszichoterápia önmagában nem vezet teljes panaszmentességhez, ilyen esetekben szükség van SSRI szer adására is, és az így kiegészített, kombinált kezelés hatására a teljes panaszmentesség gyorsan bekövetkezik. Ezért csak *megerősíteni tudjuk az irodalom túlnyomó többségének véleményét, mely a kombinált kezelést tartja a leghatékonyabbnak.*

Szomorú tapasztalni, hogy a pszichoterápia miként enyészik hazánkban is, és hódít a gyors, kényelmes, hosszú tanulmányokat és kezelési időt nem kívánó, kizárólagosan alkalmazott farmakoterápia, noha betegoldalról naponta tapasztaljuk a nem-gyógyszeres terápiára való markáns igényt is. Csak remélhetjük, hogy a kognitív viselkedésterápia (ha más okból nem is, de „költséghatékonysága” miatt) általánossá válik a pánikzavarok adekvát kezelésében.

Irodalom

- Beck, A. T., Steer, R. A., Sanderson, W. C., Skeie, T. M. (1991): Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1195–1199.
- Birkás D., Sárosi A., Freschl Gy. (2002): A pánikbetegség epidemiológiája, lefolyása és prognózisa. *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, 4 (1): 36–48.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (2007): Anxiety disorders and suicidal behaviors in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37: 431–437.
- Cox, B. C., Dorenfeld, D. M., Swinson, R. P., Norton, G. R. (1994): Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 151: 882–888.
- Friedman, S., Jones, J. C., Cherneb, L., Barlow, D. H. (1992): Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: a survey of two outpatients clinics. *American Journal of Psychiatry*, 149: 680–685.
- Henriksson, M. H., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Koupasalmi, K. I., Lönnquist, J. K. (1993): Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150: 935–940.

- Johnson, J., Weissman, M. M., Klerman, G. L. (1990): Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47: 805–808.
- Kessler, R. C., Borges, G., Walters, E. E. (1999): Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 56: 617–626.
- Kopp M., Fóris N. (1993): A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken Alapítvány, Budapest.
- Krecz É., Németh A., Papp, Zs. (1997): A pánikbetegség gyakorisága és öngyilkossági kockázata a háziorvosi gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica*, 12 (5): 595–602.
- Lepine, J. P., Chignon, J. M., Teherani, M. (1993): Suicide attempts in patient with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50: 144–149.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E. (1996): A naturalistic 6-year follow-up study of patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (3): 181–183.
- Lepola, U., Rimón R. H., Riekkinen, P. J. (1993): Three-year follow-up of patients with panic disorder after short-term treatment with alprazolam and imipramine. *International Clinical Psychopharmacology*, 8 (2): 115–118.
- Mannuzza, S., Aronowitz, B., Chapman, T., Klein, D. F., Fyer, A. J. (1992): Panic disorder and suicide attempts. *Journal of Anxiety Disorders*, 6: 261–274.
- Neeleman, J., De Graaf, R., Vollebergh, W. (2004): The suicidal process: prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders*, 82: 43–52.
- Noyes, R., Jr. (1991): Suicide and panic disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 22 (1–2): 1–11.
- Noyes, R., Jr., Christiansen, J., Clancy, J., Garvey, M. J., Suelzer, M., Anderson, D. J. (1991): Predictors of serious suicide attempts among patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32 (3): 261–267.
- Pilowsky, D. J., Li-Tzy, W., Anthony, J. C. (1999): Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1545–1550.
- Placidi, G. P., Oquendo, M. A., Malone, K. M., Brodsky, B., Ellis, S. P., Mann, J. J. (2000): Anxiety in major depression: Relationship to suicide attempts. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1614–1619.
- Rihmer Z., Belső N., Barsi J. (1994): Szuicid magatartás vizsgálata ambulánsan kezelt pánik-betegeknél. *Psychiatria Hungarica*, 9 (6): 549–553.
- Rudd, M. D., Dahm, P. F., Rajab, M. H. (1993): Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *American Journal of Psychiatry*, 150: 928–934.
- Susánszky É., Hajnal Á. (2008): Öngyilkossággal kapcsolatos ismeretek és attitűdök a magyar lakosság körében. In Kopp M. (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 514–523.
- Warshaw, M. G., Dolan, R. T., Keller, M. B. (2000): Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 157 (11): 1876–1878.
- Warshaw, M. G., Massion, A. O., Peterson, L. G., Pratt, L. A., Keller, M. B. (1995): Suicidal behavior in patients with panic disorder: retrospective and prospective data. *Journal of Affective Disorders*, 34 (3): 235–47.
- Weissman, M. M., Klerman, D. L., Markowitz, J. S., Oulette, R. (1989): Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine*, 321: 1209–1214.

- Zonda T. (1998): A depresszív zavarok epidemiológiai vizsgálatának problémái. *Psychiatria Hungarica*, 13 (6): 717–726.
- Zonda T., Kóvári E., Edelmayr M., Vízúr J., Vörös K., Sarudi K., Nagy G. (1996): Mentálhigiénés felmérés a főváros XX. kerületének egy lakótelepén. *Szenvedélybetegségek*, 5 (3): 174–179.
- Zonda T., Paksi B. (2006): Az öngyilkossági attitűd összehasonlító vizsgálata két megyében. In Zonda T.: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*. Kairosz Kiadó, Budapest, 129–133.

Köszönetnyilvánítás. Köszönetünket fejezzük ki a felmérésben segítő háziorvosoknak, különös tekintettel dr. Nagy Péter, dr. Lusicza Ágnes és dr. Kneisz Éva kollégákra.

ZONDA, TAMÁS – NAGY, GABRIELLA

PANIC DISORDER AND SUICIDE BEHAVIOR

A follow-up study's results

Authors studied a sample of 281 outpatients with panic disorder on average a 5-year retrospective period, according to the suicide behaviors. They compared some clinical data of the first admission (2002–2006) and of the study's time (2008). In the time of first admission 5 persons (1.7%) reported previous suicide attempt and 53 patients (18.2%) suicidal ideations. Both data harmonized with the frequency measured in the Hungarian community. During the follow-up period there was no committed suicide, 2 persons attempted suicide (0.7%), 4 persons (1.4%) reported suicide ideations. Five (1.8%) patients developed major depression, one of them has bipolar disorder. The study shows that the uncomplicated panic disorders have no suicide risk. Authors do emphasize the consistent use of cognitive behavior therapy.

Keywords: follow-up study, panic disorder, suicide behavior