

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Σίμος Γρ.

Αν. Διευθυντής, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα ΨΝΘ, Θεσσαλονίκη

Η Γνωστική Θεωρία για τη Διαταραχή Πανικού (ΔΠ) προτείνει ότι τα επεισόδια πανικού είναι αποτέλεσμα καταστροφικής παρερμηνείας συγκεκριμένων σωματικών συμπτωμάτων. Αθώα κατά τα άλλα σωματικά συμπτώματα παρερμηνεύονται καταστροφικά, η καταστροφική παρερμηνεία κινητοποιεί αγχώδεις σωματικές εκδηλώσεις, και οι αγχώδεις αυτές εκδηλώσεις έχουν ως αποτέλεσμα την ενίσχυση των καταστροφικών παρερμηνειών και την ταχύτατη κλιμάκωση των συμπτωμάτων μέχρις του σημείου ενός πλήρους επεισοδίου πανικού. Πέρα από τις συμπεριφορές και σκέψεις οι οποίες συνεισφέρουν στην εγκατάσταση του πανικού και της ΔΠ, σημαντικό ρόλο στη συντήρηση της ΔΠ παίζουν και δυο άλλοι παράγοντες, η υπερεργήγορη και οι συμπεριφορές ασφάλειας. Η Γνωστική Θεραπεία της ΔΠ προσπαθεί να διορθώσει τις καταστροφικές παρερμηνείες και να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της υπερεργήγορης και των συμπεριφορών ασφάλειας.

Η αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Θεραπείας στη ΔΠ αντανακλάται στις επίσημες και πλέον πρόσφατες θεραπευτικές συστάσεις της American Psychiatric Association, του Royal College of Psychiatrists της Μεγάλης Βρετανίας, του Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, καθώς και του National Institute for Clinical Excellence της Μεγάλης Βρετανίας. Από την παράθεση αυτών των συστάσεων είναι φανερό ότι οι παραπάνω φορείς δίνουν ιδιαίτερη προτεραιότητα (ως θεραπεία εκλογής) στη Γνωστική Θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΠ.

Τέλος παρατίθενται πρόσφατες μετά-αναλύσεις, καθώς και άρθρα ανασκόπησης των μετα-αναλύσεων τα οποία επιβεβαιώνουν της αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Θεραπείας στη Διαταραχή Πανικού, αλλά και προσπαθούν να απαντήσουν στα ερωτήματα της συγκριτικής αποτελεσματικότητας της ΓΘ έναντι της φαρμακοθεραπείας και τα πιθανά ενδεχόμενα οφέλη από τον συνδυασμό ΓΘ και φαρμακοθεραπείας.

Λέξεις ευρετηρίου: Γνωστική Θεραπεία, Διαταραχή Πανικού, Θεραπευτικές Συστάσεις

Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Ο Aaron Beck είχε ήδη προτείνει από το 1976 ότι σε καταστάσεις άγχους, τα άτομα υπερεκτιμούν συστηματικά τον εγγενή σε μια κατάσταση κίνδυνο και αυτό, κατά συνέπεια έχει εφαρμογή στη Διαταραχή Πανικού (ΔΠ).

Ο David Clark (1986, 1988) εξειδικεύοντας αυτό το μοντέλο, πρότεινε ότι τα επεισόδια πανικού είναι αποτέλεσμα καταστροφικής παρερμηνείας συγκεκριμένων σωματικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με την προσέγγιση του Clark, αθώα κατά τα άλλα σωματικά συμπτώματα παρερμηνεύονται καταστροφικά, η καταστροφική παρερμηνεία κινητοποιεί αγχώδεις σωματικές εκδηλώσεις, και οι αγχώδεις αυτές εκδηλώσεις έχουν ως αποτέλεσμα την ενίσχυση των καταστροφικών παρερμηνειών και την ταχύτατη κλιμάκωση των συμπτωμάτων μέχρις του σημείου ενός πλήρους επεισοδίου πανικού. Ως αφορμή για την δημιουργία του φαύλου κύκλου του πανικού μπορούν να λειτουργήσουν τόσο σωματικά συμπτώματα άγχους, όσο και σωματικά συμπτώματα που οφείλονται σε άλλες αιτίες (π.χ. μια

τυχαία ζάλη, ταχυκαρδία από υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης). Η αρχική θεωρητική γνωστική προσέγγιση στη ΔΠ έδωσε μεγάλη βαρύτητα στο ρόλο της υπέρπνοιας στην εμφάνιση και συντήρηση των συμπτωμάτων. Ένα δυσάρεστο εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα δημιουργεί μια εγρήγορη και τη συνακόλουθη υπέρπνοια, η υπέρπνοια παράγει μια σειρά από δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα, τα συμπτώματα αυτά ερμηνεύονται καταστροφικά και έτσι κλείνει ο φαύλος κύκλος. Καθώς όμως δεν φάνηκε ότι όλοι οι ασθενείς με ΔΠ κάνουν υπέρπνοια, το γνωστικό μοντέλο τροποποιήθηκε, με αποτέλεσμα η αλληλουχία της δημιουργίας του επεισοδίου πανικού να είναι: εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα- ανησυχία- σωματικά συμπτώματα-καταστροφική ερμηνεία-ενίσχυση της ανησυχίας-πανικός.

Ένα τυπικό παράδειγμα αυτού του φαύλου κύκλου του πανικού το οποίο ξεκινάει με αφορμή τη ζάλη που αισθάνεται μια γυναίκα καθώς προχωράει μόνη στο δρόμο,

φαίνεται στο Σχήμα 1.

Πέρα από τις συμπεριφορές και σκέψεις οι οποίες συνεισφέρουν στην εγκατάσταση του πανικού και της Διαταραχής Πανικού, σημαντικό ρόλο στη συντήρηση της ΔΠ παίζουν και δυο άλλοι παράγοντες: η Υπερεργήγορη, και οι Συμπεριφορές ασφάλειας.



Σχήμα 1. Διαγραμματική απεικόνιση ενός επεισοδίου πανικού

A. Υπερεργήγορη:

Η τάση για καταστροφική παρερμηνεία συγκεκριμένων σωματικών συμπτωμάτων οδηγεί στην υπερεργήγορη και στον σχεδόν μόνιμο εστιασμό στις λειτουργίες του σώματος. Αν και μια τέτοια επικέντρωση αποτελεί μια καλοήγη προσπάθεια του ασθενούς για τον έλεγχο του ερεθίσματος (Kendall & Ingram, 1987), οι ασθενείς προοδευτικά αναπτύσσουν την ικανότητα να συλλαμβάνουν σωματικά συμπτώματα τα οποία οι περισσότεροι άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν. Τέτοια συμπτώματα εκλαμβάνονται ως ένδειξη σοβαρής σωματικής ή ψυχικής αρρώστιας ή ως τα πρώτα σημάδια ενός-έτσι κι αλλιώς δυσάρεστου- επερχόμενου επεισοδίου πανικού και συχνά πυροδοτούν ένα ακόμη επεισόδιο πανικού.

B. Συμπεριφορές ασφάλειας:

Οι συμπεριφορές ασφάλειας συντηρούν τις αρνητικές γνωσίες- καταστροφικές προβλέψεις και αφορούν αναμνη/ αποφυγή ή αντιμετώπιση/ απόδραση (Salkovskis, 1991). Καθώς οι συμπεριφορές ασφάλειας θεωρούνται ότι έχουν μια σημαντική προληπτική αξία, και εστιάζονται σε ιδιαίτερα αρνητικές συνέπειες (θάνατος, αρρώστια, ταπεινωση), είναι πολύ απίθανο να συμβεί μια αυτόματη διάψευση του κινδύνου/ της καταστροφικής συνέπειας με αυτές τις συμπεριφορές ασφάλειας.

Η αποφυγή, είτε με τη μορφή της αγοραφοβίας, είτε με πιο καλυμμένες μορφές, αλλά και γενικότερα οι συμπεριφορές ασφάλειας, αποκλείουν την διάψευση των καταστροφικών προβλέψεων και μπορεί έτσι να συντηρεί την

ΔΠ. Από την ώρα που η φοβική συνέπεια δεν συμβαίνει, οι συμπεριφορές ασφάλειας αποκτούν μια σημαντική αξία, αλλά και συντηρούν τις καταστροφικές γνωσίες (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996).

Η αποφυγή αποτελεί την πιο σημαντική συνέπεια της πρόβλεψης για μια πιθανή βίωση πανικού σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

Τα επεισόδια πανικού ακολουθούνται κατά κανόνα από αυξημένες προβλέψεις για μελλοντικά επεισόδια. Ενώ τα προβλέψιμα επεισόδια δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα τις μελλοντικές προβλέψεις, τα απρόσμενα επεισόδια συνεισφέρουν σε μια σημαντική αύξηση της πρόβλεψης του πανικού. Καθώς η αγοραφοβική αποφυγή δεν διαφεύδει απαραίτητα την πρόβλεψη του πανικού, και καθώς εξορισμού τα αυτόματα επεισόδια είναι απρόβλεπτα, η αύξηση των φοβικών προβλέψεων του πανικού προδιαθέτει σε αυξημένα επίπεδα άγχους, τα οποία με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν ένα επεισόδιο πανικού (Rachman, 1991).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Παρακάτω γίνεται αναφορά στις θεραπευτικές συστάσεις διαφόρων οργανισμών, είτε αυτές αφορούν τις θεραπευτικές συστάσεις προς τους ειδικούς, είτε προσανατολίζουν τους πάσχοντες από ΔΠ στην κατάλληλη και δοκιμη θεραπευτική αντιμετώπιση. Στην πρώτη περίπτωση εμπιπτουν οι συστάσεις των American Psychiatric Association (APA), National Institute for Clinical Excellence (NICE), και Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist, ενώ στη δεύτερη αυτές των National Institute of Mental Health (NIMH) και του Royal College of Psychiatrists της Μεγάλης Βρετανίας.

Οι συστάσεις της American Psychiatric Association (APA)

Καταρχάς η American Psychiatric Association (1998α, 1998β) εστιάζεται σε Γενικά θέματα/ κατευθύνσεις και αφορούν

- α) την επιλογή του χώρου της θεραπείας,
- β) τη διαμόρφωση ενός θεραπευτικού σχεδίου,
- γ) την ψυχιατρική διαχείριση,
- δ) την επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης που θα χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με την ψυχιατρική διαχείριση.

Στα θέματα της θεραπευτικής παρέμβασης η APA περιλαμβάνει

- α) τη Γνωστική Συμπεριφορική θεραπεία και άλλες ψυχοθεραπείες και
- β) τη Φαρμακοθεραπεία.

Στα άλλα θεραπευτικά θέματα συμπεριλαμβάνονται

- α) ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας,

- β) ο προσδιορισμός της διάρκειας της θεραπείας,
- γ) η χρήση βενζοδιαζεπινών για τον πρώιμο έλεγχο των συμπτωμάτων, σε συνδυασμό με τις άλλες θεραπευτικές επιλογές και
- δ) η συνοσηρότητα και άλλα κλινικά στοιχεία που επηρεάζουν τη θεραπεία.

Η Ψυχιατρική διαχείριση κατά την APA περιλαμβάνει τις παρακάτω παραμέτρους:

- α) Διαγνωστική αξιολόγηση,
- β) Αξιολόγηση συγκεκριμένων συμπτωμάτων,
- γ) Αξιολόγηση του είδους και της βαρύτητας της λειτουργικής έκπτωσης,
- δ) Εγκατάσταση και συντήρηση μιας θεραπευτικής σχέσης,
- ε) Παρακολούθηση της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς,
- ζ) Παροχή επιμόρφωσης στους ασθενείς και, όπου χρειάζεται, στην οικογένεια,
- η) Συνεργασία με άλλους ιατρούς,
- θ) Ενίσχυση της θεραπευτικής συμμόρφωσης, και τέλος
- ι) Συνεργασία με τον ασθενή για την αντιμετώπιση των πρώιμων συμπτωμάτων της υποτροπής

Στις Ειδικές Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις η APA περιλαμβάνει και ταυτόχρονα σχολιάζει τις παρακάτω:

- α) Γνωστική Συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ),
- β) Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία,
- γ) Συνδυασμένη θεραπεία,
- δ) Ομαδική Θεραπεία,
- ε) Συζυγική και Οικογενειακή Θεραπεία,
- ζ) Ομάδες υποστήριξης ασθενών.

Στην πολύ σύντομη περιγραφή της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας η APA περιγράφει ως τα πιο σημαντικά θεραπευτικά στοιχεία τα ακόλουθα:

- α) Ψυχοεκπαίδευση,
- β) Συνεχή παρακολούθηση και καταγραφή των επεισοδίων πανικού,
- γ) Αναπνευστική επανεκπαίδευση,
- δ) Γνωστική αναδόμηση και
- ε) Έκθεση σε φοβικά ερεθίσματα

Αν και η APA δίνει μια σχετική προτεραιότητα στην αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ (1998α, 1998β, 2002), το κάνει αρχικά βασισμένη σε 12 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που δημοσιεύτηκαν ανάμεσα στα 1989-1995.

Στις τελευταίες της προτάσεις (APA, 2006α) και στο τμήμα των ψυχοκοινωνικών θεραπειών η APA συνοψίζει τα αποτελέσματα της πιο σύγχρονης βιβλιογραφίας για να υποστηρίξει κυρίως τα ακόλουθα:

1. Η ΓΣΘ εξακολούθησε να επιδεικνύει βραχυ- και μακρο-

πρόθεσμη αποτελεσματικότητα σε κλινικές μελέτες (αναφέρονται μελέτες στο διάστημα 1997-2004) και μετα-αναλύσεις (2001). Τα αποτελέσματα της ΓΣΘ φάνηκε να είναι τουλάχιστον το ίδιο σημαντικά όσο και των πρώτης γραμμής φαρμακοθεραπειών (μελέτες στα έτη 1997-2004) και οι ασθενείς που λαμβάνουν ΓΣΘ ίσως έχουν μικρότερο κίνδυνο υποτροπής μετά τη διακοπή της θεραπείας.

2. Βιβλιοθεραπεία ΓΣΘ μαζί με ελάχιστη θεραπευτική επαφή ή ΓΣΘ μέσω Ίντερνετ μαζί με ελάχιστη θεραπευτική επαφή είναι ανώτερη από την θεραπεία ελέγχου
3. Οι άλλες ψυχοθεραπείες είτε δεν έχουν αξιολογηθεί με έναν ελεγχόμενο τρόπο ή έχουν αποτύχει να επιδείξουν αποτελεσματικότητα συγκρίσιμη με αυτήν της ΓΣΘ ή της φαρμακοθεραπείας.
4. Θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως EMDR και εστιασμένη στο συναίσθημα ψυχοθεραπεία (διερεύνηση, ενσυναισθηματική ακρόαση, υποστηρικτικές στρατηγικές) δεν διαφοροποιήθηκαν από το placebo
5. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία παραμένει μια ευρέως χρησιμοποιούμενη θεραπεία για τη Διαταραχή Πανικού, παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να προσδιορισθεί η χρησιμότητα της μέσα από ελεγχόμενες μελέτες. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία εστιασμένη στον πανικό περιγράφηκε το 1999 (Bush, Milrod, Singer) και δοκιμάστηκε σε μια πιλοτική μη ελεγχόμενη μελέτη στην οποία οι 16 από τους 21 ασθενείς ανταποκρίθηκαν στα κριτήρια της ύφεσης (Milrod, Bush, Leon et al., 2001)

Μετά και από τα παραπάνω, η APA (2006α) καταλήγει να συμπεραίνει πως

- α) η Γνωστική Συμπεριφορική θεραπεία παραμένει η ψυχο-κοινωνική θεραπεία με τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα και την περισσότερο αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στη Διαταραχή Πανικού και
- β) μελέτες που έχουν συνδυάσει τη φαρμακοθεραπεία με ψυχο-κοινωνική θεραπεία δεν κατάφεραν να αποδείξουν ένα ξεκάθαρο και διαρκές αποτέλεσμα υπέρ της συνδυασμένης θεραπείας

Λίγα χρόνια νωρίτερα, το National Institute of Mental Health των ΗΠΑ (1999) και με βάση την συνεχώς επιδεικνυόμενη αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ απευθυνόμενο στους πάσχοντες συνιστά «... Η θεραπεία της Διαταραχής Πανικού περιλαμβάνει τα φάρμακα και μια μορφή ψυχοθεραπείας γνωστή ως γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, η οποία διδάσκει τους ανθρώπους πώς να βλέπουν τα επεισόδια πανικού με ένα διαφορετικό τρόπο και επιδεικνύει τρόπους για τη μείωση του άγχους. ... Η κατάλληλη θεραπεία από έναν έμπειρο επαγγελματία μπορεί να

μειώσει ή να σταματήσει τα επεισόδια πανικού στο 70 έως το 90% των ατόμων με Διαταραχή Πανικού. Οι περισσότεροι ασθενείς κάνουν σημαντική πρόοδο μετά από λίγες εβδομάδες θεραπείας. Υποτροπές μπορεί να υπάρχουν, συχνά όμως μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά όπως ακριβώς και το πρώτο επεισόδιο.»

Το ίδιο κάνει εντέλει και η APA (2006β) καθώς δηλώνει στο κοινό πως δυο κυρίως θεραπευτικές επιλογές είναι διαθέσιμες για άτομα με ΔΠ, η φαρμακευτική θεραπεία και η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, και συμπληρώνει λέγοντας πως και οι δύο θεραπείες έχουν ποσοστά επιτυχίας ανάμεσα στο 60 και 90 τοις εκατό, και οι δύο θεραπευτικές επιλογές είναι το ίδιο αποτελεσματικές και μπορούν να επιλεγούν ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενούς.

Royal College of Psychiatrists, UK

Στο έντυπο της για το κοινό με τίτλο *Anxiety and Phobias* (Μάρτιος 2005) το Royal College of Psychiatrists της Μεγάλης Βρετανίας αναφέρει τα εξής «Η έρευνα προτείνει ότι η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία είναι η προτιμώμενη θεραπεία αλλά και τα αντικαταθλιπτικά της κατηγορίας των Εκλεκτικών Αναστολέων Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης χρησιμοποιούνται επίσης συχνά. Εντούτοις η αποτελεσματική θεραπεία θα έπρεπε να περιλαμβάνει συμπεριφορική θεραπεία για τον περιορισμό της αποφυγής. Κάθε μια από τις θεραπείες θα πρέπει να αξιολογηθεί για την καταλληλότητά της σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση».

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2003)

Καταρχάς γίνεται μια διαβαθμισμένη παρουσίαση των θεραπευτικών προσεγγίσεων ανάλογα με την αποτελεσματικότητα που έχουν επιδείξει σε αξιόπιστες κλινικές μελέτες. Έτσι οι παρεμβάσεις ταξινομούνται σε:

- Αποτελεσματικές παρεμβάσεις (ΓΣΘ, Τρικυκλικά, SSRIs)
- Παρεμβάσεις με συμψηφισμό ανάμεσα στο όφελος και το κόστος (Βενζοδιαζεπίνες)
- Παρεμβάσεις πιθανά αποτελεσματικές (ΜΑΟΙ, Χαλάρωση)
- Παρεμβάσεις αδιευκρίνιστης αποτελεσματικότητας (Άλλα φάρμακα, Πελατο-κεντρική θεραπεία, Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, EMDR, Ύπνωση)
- Παρεμβάσεις πιθανά αναποτελεσματικές ή επιβλαβείς (Αντιψυχωτικά, Κλονιδίνη)

Στη συνέχεια συγκρίνονται μεταξύ τους οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις (ΓΣΘ και φαρμακοθεραπεία) και τα αποτελέσματα από αυτή τη σύγκριση καταγράφονται ως:

- Η πλειοψηφία των ασθενών δείχνει μια θετική αντα-

πόκριση στη ΓΣΘ ή τη φαρμακοθεραπεία

- Ο αριθμός των ασθενών που απαιτείται να αντιμετωπισθούν (Number Needed to Treat) ώστε να προκύψει ένα άτομο ελεύθερο πανικών είναι 3 για τη ΓΣΘ και 6 για τη φαρμακοθεραπεία
- Η ΓΣΘ έχει μακρύτερης διάρκειας θεραπευτικά αποτελέσματα από ότι η φαρμακοθεραπεία
- Το ποσοστό αποχώρησης από τη θεραπεία είναι χαμηλότερο για τη ΓΣΘ από ότι για τη φαρμακοθεραπεία

National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Το National Institute for Clinical Excellence (NICE) εκδίδει τον Δεκέμβριο του 2004 τις Κλινικές Κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση της Διαταραχής Πανικού με και χωρίς Αγοραφοβία καθώς και της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής.

Με βάση την αξιοπιστία των μελετών το NICE διαβαθμίζει τις συστάσεις του σε Α,Β,С, D, όπου συστάσεις Α, για παράδειγμα, απορρέουν από μετά-αναλύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών ή μιας τουλάχιστον τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης μελέτης, συστάσεις Β απορρέουν από μια τουλάχιστον ελεγχόμενη, αλλά χωρίς τυχαιοποίηση μελέτη ή μελέτη ημι-πειραματικού (quasi-experimental) σχεδιασμού ή μελέτες που δεν κατάφεραν να πληρούν τα κριτήρια ώστε να συμπεριληφθούν στην κατηγορία Α.

Στο τμήμα των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τη ΔΠ το NICE προτείνει κατά σειράν:

- 1) Θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί ΓΣΘ (Σύσταση κατηγορίας Α)
- 2) Η ΓΣΘ θα έπρεπε να παρέχεται από άτομα που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα και κάτω από την κατάλληλη επίβλεψη (εποπτεία) και τα οποία μπορούν να επιδείξουν ότι ακολουθούν πιστά τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα (Σύσταση κατηγορίας Α)
- 3) Η ΓΣΘ θα έπρεπε να προσφέρεται μέσα στο βέλτιστο εύρος διάρκειας (7-14 συνολικά συνεδρίες) (Σύσταση κατηγορίας Α)
- 4) Για τους περισσότερους ασθενείς η ΓΣΘ θα έπρεπε να έχει τη μορφή εβδομαδιαίων συνεδριών διάρκειας 1-2 ωρών και θα έπρεπε να ολοκληρώνεται το πολύ μέσα σε 4 μήνες (Σύσταση κατηγορίας Β)
- 5) Βραχύτερης διάρκειας ΓΣΘ θα έπρεπε να ενισχύεται με κατάλληλα εστιασμένη πληροφόρηση και κατάλληλα εστιασμένη δουλειά (Σύσταση κατηγορίας Α)
- 6) Όταν χρησιμοποιείται βραχύτερης διάρκειας ΓΣΘ θα έπρεπε να διαρκεί περίπου 7 ώρες και να είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να ενσωματώνει δομημένο υλικό αυτό-βοήθειας (Σύσταση κατηγορίας D)
- 7) Για πολύ λίγους ασθενείς, θα μπορούσε να είναι κατάλληλη περισσότερο εντατική και πολύ βραχείας διάρκειας ΓΣΘ (Σύσταση κατηγορίας C)

Το NICE προτείνει έναν μάλλον πολύπλοκο αλγόριθμο για την αντιμετώπιση κατά βήματα της ΔΠ, το βασικό όμως πνεύμα είναι ότι:

- α. Δοκιμάζεται η εφαρμογή φαρμακοθεραπείας ή ΓΣΘ, ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενούς και την κατάλληλη εκπαίδευση/επάρκεια του θεραπευτή
- β. Αν μετά από διάστημα 3-4 μηνών δεν υπάρχει επαρκής ανταπόκριση, γίνεται αλλαγή της θεραπευτικής παρέμβασης (από ψυχολογική σε φαρμακευτική ή από φαρμακευτική σε ψυχολογική)
- γ. Αν και η δεύτερη θεραπευτική επιλογή δεν είναι αποτελεσματική, τότε ακολουθούνται τα παρακάτω: αντιμετώπιση των συνοσηρών καταστάσεων, δομημένη επίλυση προβλημάτων, πλήρης διερεύνηση των φαρμακευτικών επιλογών, ημερήσια υποστήριξη για την ανακούφιση των φροντιστών και των μελών της οικογένειας, παραπομπή για συμβουλευτική, αξιολόγηση ή αντιμετώπιση σε τριτογενείς δομές (περισσότερο εξειδικευμένα κέντρα)

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΣΘ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ, Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΓΣΘ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΚΑΙ ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΓΣΘ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ, τη σύγκριση της ΓΣΘ με τη φαρμακοθεραπεία, αλλά και τα πιθανά οφέλη από το συνδυασμό ΓΣΘ και φαρμακοθεραπείας υπάρχουν πολλές μελέτες, και κατά συνέπεια είναι περισσότερο πρόσφορο να εστιασθεί κάποιος τόσο σε μετά-αναλύσεις, όσο και σε άρθρα ανασκόπησης των μετα-αναλύσεων.

Αν και οι βενζοδιαζεπίνες δεν αποτελούν πρώτης γραμμής επιλογή για την ΔΠ, αποτελεί μάλλον συνήθη πρακτική η συγχορήγηση τους με ψυχοθεραπεία (Starcevic, Linden, Uhlenhuth, Kolar & Latas, 2004). Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Watanabe, Churchill & Furukawa (2007) έδειξε πως, παρότι είναι λίγες οι μελέτες επί του αντικειμένου, η συνδυασμένη θεραπεία (θεραπεία συμπεριφοράς συν βενζοδιαζεπίνη) πλεονεκτεί πιθανόν έναντι της θεραπείας μόνον με βενζοδιαζεπίνη, και ότι αν και η συνδυασμένη θεραπεία ίσως πλεονεκτεί έναντι της θεραπείας συμπεριφοράς στην οξεία φάση, το αποτέλεσμα αυτό αντιστρέφεται μακροπρόθεσμα.

Σε ότι αφορά τη συνδυασμένη θεραπεία ΓΣΘ και αντικαταθλιπτικών, οι Butler και συν. (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006) ανασκοπώντας τις υπάρχουσες μετα-αναλύσεις καταλήγουν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Ανάμεσα στις ΓΣΘ, αυτές που συνδυάζαν γνωστική αναδόμηση και ενδοδεκτική έκθεση ήταν οι περισσότερο αποτελεσματικές (ES = 0.88)
- Οι ΓΣΘ θεραπείες ήταν οι πιο αποτελεσματικές (ES =

0.68) σε σχέση με τις φαρμακολογικές θεραπείες (ES = 0.47) ή τον συνδυασμό τους (ES = 0.56).

- Οι ΓΣΘ διατήρησαν την αποτελεσματικότητά τους στη διάρκεια του 12μήνου μετά το τέλος της θεραπείας και παρουσίαζαν μικρό ποσοστό διακοπής (5.6%) έναντι της φαρμακοθεραπείας (19.8%)

Η Mitte (2005) στη μετα-ανάλυση της για την συνδυασμένη αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας στη ΔΠ με και χωρίς αγοραφοβία καταλήγει πως από τις μελέτες δεν βρέθηκε καμία διαφορά στην αποτελεσματικότητα ανάμεσα στην ΓΣΘ μόνη της και στον συνδυασμό ΓΣΘ και φαρμακοθεραπείας.

Οι Furukawa και συν. (Furukawa, Watanabe & Churchill, 2006) ανασκοπούν 21 τυχαίοποιημένες μελέτες όπου συγκρίθηκε ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας με αντικαταθλιπτικό έναντι κάθε μιας θεραπείας χωριστά. Στις 20 από τις 21 μελέτες η υπό εξέταση ψυχοθεραπεία ήταν η ΓΣΘ, η τυπική διάρκεια της θεραπείας οξείας φάσης ήταν 8-12 εβδομάδες και 9 μελέτες συμπεριέλαβαν και follow-ups μέχρι 6-24 μήνες.

Η ανασκόπηση αυτών των μελετών έδειξε ότι:

- στην οξεία φάση η συνδυασμένη θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική από ότι μόνο φαρμακοθεραπεία ή μόνο ΓΣΘ
- Μετά το τέλος της θεραπείας οξείας φάσης η συνδυασμένη θεραπεία ήταν και πάλι αποτελεσματικότερη έναντι της φαρμακοθεραπείας, αλλά όχι και έναντι της ΓΣΘ
- Μακροπρόθεσμα α) η συνδυασμένη θεραπεία δεν φάνηκε να παρουσιάζει μειονεκτήματα έναντι της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά, β) η συνδυασμένη θεραπεία δεν αποδείχθηκε περισσότερο αποτελεσματική από ότι η ΓΣΘ μόνη.

Μετά και από τα παραπάνω, οι συγγραφείς καταλήγουν πως είτε η συνδυασμένη θεραπεία, είτε η ΓΣΘ μόνη της μπορούν να επιλεγούν ως οι πρώτης επιλογής θεραπείες για τη διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, ανάλογα με την προτίμηση του ασθενούς.

Η ίδια ομάδα ερευνητών σε μια δεύτερη δημοσίευση της (Furukawa, Watanabe & Churchill, 2007) συμπληρώνει πως

- Η συνδυασμένη θεραπεία είχε περισσότερα ποσοστά διακοπής της θεραπείας έναντι της ψυχοθεραπείας μόνης της
- Μετά την οξεία φάση και εφόσον η φαρμακοθεραπεία συνεχιζόταν, φάνηκε ότι συνεχιζόταν και η ανωτερότητα του συνδυασμού
- Μετά το τέλος και της φάσης συνέχισης, η συνδυασμένη θεραπεία ήταν περισσότερο αποτελεσματική από

την φαρμακοθεραπεία και το ίδιο αποτελεσματική όσο και η ψυχοθεραπεία

Τέλος, στην ακόμη πιο πρόσφατη ανακεφαλαίωση των επιστημονικών ενδείξεων που αφορούν τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα, αλλά και τις ανεπιθύμητες ενέργειες, του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας και ΓΣΘ έναντι της κάθε μιας θεραπείας χωριστά οι Pull και Vega (2007) συμπεραίνουν ότι:

1. Στην οξεία φάση, ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ΓΣΘ δεν φαίνεται να συνδέεται με μεγαλύτερη συνολική αποτελεσματικότητα σε σχέση με αυτήν που επιτυγχάνεται όταν η κάθε μια θεραπεία παρέχεται μόνη της
2. Μακροπρόθεσμα, η συνδυασμένη θεραπεία ίσως είναι πιο αποτελεσματική από ότι η φαρμακοθεραπεία μόνη της, αλλά δεν είναι περισσότερο αποτελεσματική από ότι η ΓΣΘ μόνη της

Συμπερασματικά, και αφού λάβουμε υπόψη τις συνθήκες της ελληνικής πραγματικότητας (όχι πάντοτε διαθέσιμη ΓΣΘ, ανεπαρκής αριθμός καλά εκπαιδευμένων γνωστικών συμπεριφορικών θεραπευτών) ως πρώτη θεραπευτική

επιλογή στη Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία προτείνεται η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία ή η Φαρμακοθεραπεία (με την φαρμακοθεραπεία να υστερεί κάπως της ΓΣΘ λόγω των υψηλότερων ποσοστών αποχώρησης από τη θεραπεία, εξαιτίας κυρίως των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακοθεραπείας).

Αν και δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένο, ως πρώτη επιλογής αντιμετώπιση μπορεί να αποτελεί και ο συνδυασμός ΓΣΘ και φαρμακοθεραπείας (σίγουρα με αντικαταθλιπτικά και μάλλον όχι με βενζοδιαζεπίνες). Προς αυτή την κατεύθυνση συνηγορούν αρκετές προς το παρόν προτάσεις (προερχόμενες κυρίως από την πλευρά των ψυχοφαρμακολόγων), με τις ανάλογες πάντοτε επιφυλάξεις (Pollack, Allgulander, Bandelow, Cassano, Greist, Hollander, Nutt, Okasha, Swinson, World Council of Anxiety, 2003. Doyle & Pollack, 2004. Bandelow & Ruther, 2004. Lader, 2005). Είναι αυτονόητο βέβαια ότι εκεί όπου η πρώτη επιλογή (μόνη ΓΣΘ ή μόνη φαρμακοθεραπεία) αποτυγχάνει να αποδώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα, τότε οι εναπομείνουσες επιλογές είναι η μόνη φαρμακοθεραπεία (επί αποτυχίας της ΓΣΘ) ή μόνη ΓΣΘ (επί αποτυχίας της φαρμακοθεραπείας) ή συνδυασμός ΓΣΘ και φαρμακοθεραπείας.

Abstract

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE THERAPY FOR PANIC DISORDER- TREATMENT GUIDELINES

Simos Gr., MD, PhD

Assos, Director Community Mental Health Center, Central District

Cognitive Theory of Panic Disorder (PD) proposes that panic attacks result from the catastrophic misinterpretation of certain bodily symptoms. Beneign bodily sensations are interpreted catastrophically, this mininterpratation produces anxiety bodily symptoms, anxiety symptoms are further mininterpreted as indicative of an impeding catastrophe, and the whole process culminates to a full blown panic attack. Two additional factors play a significant also role in the maintenance of PD- hypervigilance and safety behaviours. Cognitive Therapy (CT) of PD tries to change catastrophic mininterpratations and also addresses the consequences of hypervigilance and safety behaviours.

The effectiveness of CT for PD is reflected in the formal and most recent treatment guidelines of the American Psychiatric Association, the United Kingdom Royal College of Psychiatrists, the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, and the United Kingdom National Institute for Clinical Excellence. From the review of these treatment guidelines it is evident that the above associations/ organizations give a certain priority (psychological treatment of choice) to CT for PD.

Finally, we present the findings from recent meta-analyses articles, as well as review articles that support the effectiveness of CT for PD, while at the same time they examine the comparative affectiveness of CT to pharmacotherapy, as well as possible benefits from the combination of CT and pharmacotherapy for PD.

Key words: Cognitive Therapy, Panic Disorder, Treatment Guidelines

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association (1998a). American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Panic_05-15-06.pdf
2. American Psychiatric Association (1998β). Treating Panic Disorder: A Quick Reference Guide. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/Panic_QRG.pdf
3. American Psychiatric Association (2002). Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2002. American Psychiatric Association
4. American Psychiatric Association (2006α). Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Panic_watch.pdf
5. American Psychiatric Association (2006β). Let's Talk Facts About Panic Disorder. American Psychiatric Association
6. Bandelow B. & Ruther E. (2004). Treatment-resistant panic disorder. *CNS Spectr*, 9(10):725-39
7. Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Madison: International Universities Press
8. Busch F.N., Milrod B.L. & Singer M.B. (1999). Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *J Psychother Pract Res*, 8: 234-242
9. Butler A.C., Chapman J.E., Forman E.M. & Beck A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26: 17-31
10. Clark D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24: 461-470.
11. Clark D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. Στο S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
12. Doyle A. & Pollack M.H. (2004). Long-term management of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 65 (Suppl 5): 24-8
13. Furukawa T.A, Watanabe N. & Churchill R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry*, 188:305-312
14. Furukawa T.A., Watanabe N. & Churchill R. (2007). Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*, 24 (1):CD004364
15. Kendall P.C. & Ingram R.E. (1987). The future of cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. Στο L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and Stress Disorders: Cognitive-behavioral Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press
16. Lader M. (2005). Management of panic disorder. *Expert Rev Neurother*, 5(2):259-66
17. Milrod B., Busch F., Leon A.C., Aronson A., Roiple J., Rudden M., Singer M., Shapiro T., Goldman H., Richter D. & Shear M.K. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res*, 10: 239-245
18. Mitte K. (2005) A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88: 25-45
19. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. National Institute for Clinical Excellence
20. National Institute of Mental Health (1999). *Facts about Panic Disorder: What Treatments Are Available for Panic Disorder?* National Institute of Mental Health
21. Pollack M.H., Allgulander C., Bandelow B., Cassano G.B., Greist J.H., Hollander E., Nutt D.J., Okasha A., Swinson R.P. & World Council of Anxiety (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. *CNS Spectr*. 2003 Aug;8(8 Suppl 1):17-30.
22. Pull C.B. & Vega C.P. (2007). Combined Pharmacotherapy and CBT for Anxiety Disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20(1):30-35
23. Rachman S. (1991). The consequences of panic. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 5: 187-197
24. Royal College of Psychiatrists (2005). *Anxiety and Phobias*. Royal College of Psychiatrists
25. Salkovskis P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19: 6-19.
26. Salkovskis P.M., Clark D.M. & Gelder M.G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34: 453-458
27. Starcevic V., Linden M., Uhlenhuth E.H., Kolar D. & Latas M. (2004). Treatment of panic disorder with agoraphobia in an anxiety disorders clinic: factors influencing psychiatrists' treatment choices. *Psychiatry Res*, 125(1): 41-52
28. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2003). *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37:641-656
29. Watanabe N., Churchill R. & Furukawa T.A. (2007). Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 7:18/ <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/18>

Αθήνα

Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα ΨΝΘ
Καραοδή και Δημητρίου 1,
546 30 Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310-516240
e-mail: simos@med.auth.gr