

TRASTORN DE PÀNIC

Miriam Morales, Natxo Garrido i Soledad Castillo

Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Estudis relatiu al tractament

L'eficàcia de la TCC pel Trastorn de Pànic (TP) amb o sense agorafòbia està ben establerta, tot i que es coneix poc sobre el processos de canvi subjacents a la milloria clínica durant el tractament. L'objectiu de l'estudi de Fentz et al. (2013) va ser investigar el rol de l'autoeficàcia i els pensaments catastròfics com a mediadors del canvi en la TCC en grup per a pacients amb TP. Els resultats confirmen l'autoeficàcia en el pànic com a mediador de canvi. Per contra, les creences catastròfiques no es van relacionar de forma significativa amb els símptomes d'ansietat en el curs del tractament. Els subjectes amb major autoeficàcia registren menors nivells d'ansietat durant el tractament. De forma inversa, les anàlisis també indiquen que el nivell d'ansietat inicial prediu l'autoeficàcia durant la teràpia. Per tant, sembla que hi ha una relació causal recíproca entre autoeficàcia i nivell d'ansietat.

L'exposició basada en la TCC és una opció eficaç en el tractament del TP amb agorafòbia, encara que el substrat neural de la resposta és encara prou desconegut. L'evidència suggereix que el TP amb agorafòbia es caracteritza per un processament disfuncional del senyal de seguretat. Lueken et al. (2013) van identificar patrons d'activació cerebrals específics associats a la bona o mala resposta a la TCC en pacients amb TP amb agorafòbia. Així, l'alteració en el processament del senyal de seguretat i en la relació entre còrtex cingulat anterior i amígdala pot indicar-nos diferències individuals que determinen l'efectivitat de la TCC.

La TCC pel TP emfatitza l'exposició interoceptiva ja que permet als pacients aprendre que les sensacions corporals temudes relacionades amb el pànic són segures i tolerables, i es considera un component essencial del tractament. És limitat, però, el coneixement sobre l'eficàcia específica segons la forma com

s'aplica aquesta exposició. Un grup d'investigadors americà examina l'eficàcia de 3 formes de presentació de l'exposició interoceptiva per reduir la por a l'ansietat i optimitzar l'aprenentatge inhibitori (Deacon et al., 2013). Comparen l'eficàcia des d'una dosi d'intensitat lleu a una forma més intensiva. Els resultats mostren que l'exposició interoceptiva intensiva produeix, significativament, majors reduccions de la por a l'ansietat relacionada amb les sensacions corporals. Conclouen, doncs, que la forma intensiva d'exposició interoceptiva potencia l'eficàcia del tractament del TP.

Enguany, un grup format per la Universitat de Virginia i d'Oklahoma investiguen sobre els diferents patrons de canvi que es produeixen durant la TCC (Steinman, Hunter, & Teachman, 2013). Estudien aquest patró individualitzat de canvi per tal de poder predir el nivell de símptomes de pànic en el seguiment a sis mesos. Estableixen 3 patrons de canvi en 36 subjectes que finalitzen una teràpia estàndard de dotze sessions de Tractament de Control del Pànic (Barlow & Craske, 1994). Aquests patrons diferenciats de canvi semblen tenir una valor predictiu en quant a l'evolució de la gravetat dels símptomes als 6 mesos.

L'equip del servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Marqués de Valdecilla de Santander ha estudiat la relació entre els trets de personalitat de 82 pacients amb un primer episodi de TP i el curs evolutiu del seu trastorn durant el primer any (Navarro, Sánchez, Herrán, & Sierra-Biddle, 2013). Troben diferències significatives en les persones amb trets esquizoïdes, esquizotípics, límits, fòbics i dependents de la personalitat, en el sentit de major gravetat del TP a l'inici del tractament. D'altra banda, també troben que la intervenció psicoterapèutica obté les mateixes taxes de remissió que en els altres pacients. Per tant, segons aquest estudi, sembla que un tractament adient permetrà una bona evolució independentment dels trets de personalitat dels subjectes.

És interessant un estudi controlat i aleatoritzat multicèntric dels EEUU liderat per Kamila S. White i en col·laboració amb David Barlow, entre d'altres (White et al. 2013). Els autors avaluen els efectes de mantenir la TCC amb 9 sessions de freqüència mensual en 157 pacients diagnosticats de TP amb o sense agorafòbia (responedors a la teràpia en fase aguda amb 11 sessions de Tractament de Control del Pànic). Aquests responedors van ser assignats a dos grups: TCC de

Manteniment (M-TCC) o Només Assessorament (NA). La M-TCC (Spiegel & Baker, 1999) consistia en continuar animant a la pràctica de les pautes apreses, prevenció de recaigudes, anticipar l'aparició d'exacerbació dels símptomes, maneig de l'estrès i avaluar els costos de la recuperació. Els resultats mostren que el grup M-TCC comparat amb el grup NA manté la milloria obtinguda en la fase de tractament agut, disminueix recaigudes i redueix la disfunció sociolaboral. Els resultats tenen doncs implicacions en el maneig del TP a llarg termini.

Per últim, Meyerbroeker, Morina, Kerkhof i Emmelkamp (2013) presenten un estudi controlat aleatoritzat en què comparen l'eficàcia de l'exposició amb realitat virtual en relació a l'exposició en viu, dins d'un programa de TCC. Els resultats indiquen que l'exposició amb realitat virtual no millora els resultats de l'exposició en viu, i que els canvis cognitius prediuen de forma similar la resposta al tractament en totes dues modalitats de tractament. Donats els elevats costos de la teràpia amb realitat virtual, els autors conclouen que de moment no hi ha dades que recolzin la implementació d'aquesta modalitat en el tractament del TP.

Estudis descriptius

És coneguda l'elevada freqüència d'atacs nocturns en els pacients amb TP. La majoria d'estudis inclouen subjectes que presenten atacs diürns i nocturns, però s'ha estudiat poc el subgrup de pacients que presenten atacs nocturns primaris (quan els atacs nocturns suposen més del 75% del total d'atacs de pànic). Nakamura, Sugiura, Nishida, Komada i Inoue (2013) divideixen una mostra prou àmplia de pacients amb TP en 3 grups: atacs nocturns primaris, atacs diürns, i atacs nocturns i diürns. A diferència de les dades epidemiològiques ja conegudes sobre el TP, destaca el fet que en el grup amb atacs de pànic nocturns predominaven els homes i tenien una edat d'inici superior. A nivell clínic, aquest subgrup sembla conformar un subtipus de TP més lleu i amb millor resposta al tractament. Per contra, igual que en estudis anteriors, es confirma que el subgrup de pacients amb atacs de pànic diürns i nocturns mostren una major gravetat abans i després del tractament que els pacients amb atacs diürns sense atacs nocturns.

Respecte a l'inici del TP en edat avançada, Ritchie, Norton, Mann, Carrière i Ancelin (2013) presenten un estudi on descriuen la incidència, les característiques clíniques i els factors de risc de l'agorafòbia d'inici tardà (majors de 65 anys). Troben una relació entre aquests casos d'inici tardà i una alta incidència de trastorns d'ansietat i ideació suïcida. Una depressió greu, trets d'ansietat i una pobre memòria visoespacial són els principals factors de risc associats amb l'agorafòbia d'inici tardà. No s'ha trobat relació amb la patologia cardíaca o altres malalties físiques, ni amb el fet de viure sols o ser dona. Tampoc es considera un factor de risc presentar atacs de pànic previs, suggerint així un subtipus d'inici tardà amb característiques atípiques a les de l'agorafòbia en població més jove.

L'objectiu de l'estudi de Funayama et al. (2013) ha estat desenvolupar una llista de conductes de seguretat en el TP i identificar la seva relació amb els símptomes de l'atac de pànic, les situacions agorafòbiques i la resposta al tractament. Elaboren una llista de 25 conductes de seguretat típiques a partir d'informes i de l'experiència clínica dels investigadors, i estudien la seva freqüència, essent portar medicació, distreure l'atenció, i portar una ampolla d'aigua les més habituals. Identifiquen associacions entre conductes de seguretat i símptomes de pànic, així com també amb situacions agorafòbiques, i defensen que aquestes associacions poden ajudar al clínic a identificar les conductes de seguretat. També identifiquen conductes de seguretat que permeten predir la resposta a la TCC.

Alves, Pereira, Machado, Nardi i Oliveira e Silva (2013) presenten una revisió d'estudis sobre les funcions cognitives en pacients amb TP. Els resultats de les funcions avaluades en pacients amb TP mostren diferències significatives en memòria i processament emocional. En memòria, els pacients amb TP obtenen puntuacions inferiors. En les tasques que avaluen processament emocional s'observa un rendiment superior quan la informació està relacionada amb el trastorn. Aquests darrers resultats són consistents amb les característiques clíniques del TP, confirmen que els pacients amb aquest trastorn mostren una especial atenció a la informació, imatges o contextos relacionats amb el TP o a la imminència d'una nova crisi.

Acabem aquesta revisió amb el treball de Nay, Brown i Roberson-Nay (2013) on presenten un estudi naturalístic de seguiment de 3 anys de pacients amb TP amb/sense agorafòbia que pretén superar les limitacions d'estudis previs. Presenten dades sobre cronicitat, remissió parcial/total, recaiguda, així com els factors de risc associats a la recaiguda i la cronicitat. A tall d'exemple d'algun dels resultats de l'estudi, troben que el 74.7% dels pacients amb TP sense agorafòbia i el 66.7% dels pacients amb TP amb agorafòbia ja no compleixen criteris diagnòstics als 3 anys de seguiment; tot i així, s'observa una gran heterogeneïtat, amb pacients que presenten encara criteris subclínic. A més, obtenen taxes de recaiguda del 11.9% i del 21.4% en el TP sense i amb agorafòbia, respectivament.

Referències

- Alves M.R., Pereira V.M., Machado, S., Nardi, A.E., & Oliveira e Silva A.C. (2013). Cognitive functions in patients with panic disorder: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 193-200.
- Barlow, D.H., & Craske, M.G. (1994). *Mastery of our anxiety and panic-II*. Albany, NY: Graywind.
- Croft, A. & Hackmann, A. (2013). Agoraphobia: an outreach treatment programme. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 359-364.
- Deacon, B., Kemp, J.J., Dixon, L.J., Sy, J.T., Farrell, N.R., & Zhang, A.R. (2013). Maximizing the efficacy of interoceptive exposure by optimizing inhibitory learning: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 588-596.
- Fentz, H.N., Hoffart, A., Jensen, M.B., Arendt, M., O'Toole, M.S., Rosenberg, N.K., & Hougaard, E. (2013). Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: the role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 579-587.
- Funayama, T., Furukawa, T.A., Nakano, Y., Noda, Y., Ogawa, S., Watanabe, N., Chen, J., & Noguchi, Y. (2013). In-situation safety behaviors among

patients with panic disorder: descriptive and correlational study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 332-339.

- Lueken, U., Straube, B., Konrad, C., Wittchen, H.U., Ströhle, A. et al. (2013). Neural substrates of treatment response to cognitive-behavioral therapy in panic disorder with agoraphobia. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 1345-1355.
- Meyerbroeker, K., Morina, N., Kerkhof, G.A., & Emmelkamp, P.M. (2013). Virtual reality exposure therapy does not provide any additional value in agoraphobic patients: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 170-176.
- Nakamura, M., Sugiura, T., Nishida, S., Komada, Y., & Inoue, Y. (2013). Is nocturnal panic a distinct disease category? Comparison of clinical characteristics among patients with primary nocturnal panic, daytime panic, and coexistence of nocturnal and daytime panic. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9, 461-467.
- Nay, W., Brown, R., & Roberson-Nay, R. (2013). Longitudinal course of panic disorder with and without agoraphobia using the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychiatry Research*, 208, 54-61.
- Navarro, B., Sánchez, M., Herrán, A., & Sierra-Biddle, D. (2013). Relationship between personality traits and panic disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 27-32.
- Ritchie, K., Norton, J., Mann, A., Carrière, I., & Ancelin, M.L. (2013). Late-onset agoraphobia: general population incidence and evidence for a clinical subtype. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 790-798.
- Spiegel, D.A. & Baker, S.L. (1999). *Maintenance CBT Manual for use in the Treatment of Panic Disorder: Long Term Strategies Trial*. Center for Anxiety and Related Disorders at Boston University. Boston, MA.
- Steinman, S.A, Hunter, M.D., & Teachman, B.A. (2013). Do patterns of change during treatment for panic disorder predict future panic symptoms? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 44, 150-157.

- Van Ballegooijen, W., Riper, H., Klein, B., Ebert, D.D., Kramer, J., Meulenbeek, P., & Cuijpers, P. (2013). An internet-based guided self-help intervention for panic symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15: e154.
- White, K.S., Payne, L.A., Gorman, J.M., Shear, M.K., Woods, S.W., Saks, J.R., & Barlow, D.H. (2013). Does maintenance CBT contribute to long-term treatment response of panic disorder with or without agoraphobia? A randomized controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 47-57.