

**Συμπεριφορικές και γνωσιακές θεωρήσεις
για την αιτιολογία και τη θεραπεία
της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία**

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η ανασκόπηση, με όσο το δυνατόν πιο συνοπτικό τρόπο, της ιστορίας και της παρούσας κατάστασης των συμπεριφορικών και γνωσιακών θεωριών για την αιτιολογία και τη θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία (ΔΠΑ). Στις δεκαετίες του 1960 και 1970, οι συμπεριφορικές θεωρίες εστίασαν το ενδιαφέρον τους στην αγοραφοβία και αναπτύχθηκαν οι θεραπείες έκθεσης, οι οποίες είχαν σημαντικού βαθμού αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των αγοραφοβικού τύπου αποφυγών και του αγοραφοβικού άγχους. Ωστόσο, ένα ποσοστό ασθενών εξακολουθούσαν –ακόμα και μετά το πέρας της θεραπείας– να παρουσιάζουν, σε άλλοτε άλλο βαθμό, προσβολές πανικού και συμπτώματα άγχους σχετιζόμενα με τον πανικό. Στη δεκαετία του 1980, οι βιολογικές και οι γνωσιακές θεωρίες έστρεψαν το ενδιαφέρον των ερευνητών στο φαινόμενο του πανικού, το οποίο θεωρήθηκε ως το πυρηνικό στοιχείο της ΔΠΑ, με την αγοραφοβία να ακολουθεί ως ένα «υπο-προϊόν» του. Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες απέκτησαν σημαντικό βαθμό τεκμηρίωση όσον αφορά στην ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τη συμπτωματολογία της διαταραχής πανικού (ΔΠ) χωρίς αγοραφοβία. Το επόμενο βήμα ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής θεραπείας στην αντιμετώπιση της ΔΠ με μετρίου/σοβαρού βαθμού αγοραφοβία. Από τις έως τώρα μελέτες προκύπτουν ενδείξεις ότι η γνωσιακή θεραπεία και η θεραπεία έκθεσης έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ΔΠΑ, αλλά ο συνδυασμός τους μοιάζει να μην έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με την καθεμιά από αυτές ξεχωριστά. Ωστόσο, ένας ικανός αριθμός ασθενών με ΔΠΑ (περίπου το 40%) δεν παρουσιάζει σημαντικού βαθμού βελτίωση με κάποια από τις δύο αυτές θεραπείες ή το συνδυασμό τους. Συνεπώς, απαιτείται περαιτέρω έρευνα στο γνωσιακό/συμπεριφορικό πεδίο για τη μεγαλύτερη θεωρητική εμβάθυνση στους μηχανισμούς αιτιοπαθογένειας της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία και την ανάπτυξη νέων και αποτελεσματικότερων θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία είναι δύο ψυχικές διαταραχές, οι οποίες επιφέρουν καταλυτικές αλλαγές στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ασθενούς, παρουσιάζουν σημαντικού βαθμού συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές στον άξονα I και στον άξονα II και συχνά αφήνουν σημαντική αναπηρία στο άτομο, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις ισοδυναμεί όχι μόνο με τη συνεχή παραμονή του ασθενούς κλεισμένου στο σπίτι του, αλλά ταυτόχρονα

και με την ανάγκη συνεχούς παρουσίας και κάποιου άλλου ατόμου μαζί του, ώστε να παραμένει ψυχικά ήρεμος.^{1,2}

Η ακριβής σχέση των δύο διαταραχών δεν έχει ακόμα διαλευκανθεί πλήρως. Αυτό που είναι γνωστό είναι ότι οι δύο αυτές διαταραχές συνήθως συνυπάρχουν, αλλά είναι και μερικώς ανεξάρτητες. Ένας ασθενής μπορεί να παρουσιάζει προσβολές πανικού αλλά όχι αγοραφοβία, ή μπορεί να είναι αγοραφοβικός χωρίς στην παρούσα φάση να παρουσιάζει προσβολές πανικού. Υπάρχουν ωστόσο ενδείξεις ότι ο βαθμός συσχέτισης της βαρύτη-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2007, 24(3):203–215
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2007, 24(3):203–215

**Β.Γ. Μασδράκης,
Ν. Βαϊδάκης**

*Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο
Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο,
Αθήνα*

**Behavioral and cognitive views
on the etiology and treatment
of agoraphobia**

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αγοραφοβία
Γνωσιακή θεραπεία
Διαταραχή πανικού
Συμπεριφορική θεραπεία

*Υποβλήθηκε 5.3.2006
Εγκρίθηκε 1.6.2006*

τας του πανικού με τη βαρύτητα της αγοραφοβίας είναι χαμηλός.³

Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία (ΔΠΑ) χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας σε συχνότητα περίπου τρεις φορές μεγαλύτερη, συγκριτικά με άλλες κατηγορίες ψυχιατρικών διαταραχών. Η ΔΠΑ συσχετίζεται με συχνές απουσίες από την εργασία και απώλεια της εργασίας, με αυξημένη χρήση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων, με αυξημένη συχνότητα επίσκεψης σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, με μείωση του χρόνου που αφιερώνεται σε προσωπικά ενδιαφέροντα και διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και με αυξημένη συχνότητα κατάχρησης τοξικών ουσιών.⁴ Είναι φανερό ότι η ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπειών γι' αυτό το σοβαρό πρόβλημα υγείας αποτελεί θέμα επείγουσας προτεραιότητας.

Ιστορικά, τρία είναι τα μείζονα θεωρητικά μοντέλα, που έχουν αποτελέσει το υπόβαθρο για την ανάπτυξη θεραπειών με σημαντικού βαθμού αποτελεσματικότητα για τη ΔΠΑ: το βιολογικό μοντέλο, το συμπεριφορικό μοντέλο και το γνωσιακό μοντέλο.⁵

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η ανασκόπηση με όσο το δυνατόν πιο συνοπτικό τρόπο της ιστορίας και της παρούσας κατάστασης των *συμπεριφορικών* και *γνωσιακών* θεωριών για την αιτιολογία και τη θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία.

Εξαρχής τονίζουμε τον κυριότερο *περιορισμό* στην προσπάθειά μας αυτή: αν και βασικός μας σκοπός ήταν να εστιάσουμε κυρίως στην αγοραφοβία ως διακριτή κλινική οντότητα από τη διαταραχή πανικού, ωστόσο το εγχείρημα αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο –αν όχι αδύνατο– καθώς οι ασθενείς που φέρουν τη διάγνωση «αγοραφοβία», στις ερευνητικές εργασίες που μελετούν τη διαταραχή αυτή –συμπεριλαμβανομένων και αυτών στο γνωσιακό/συμπεριφορικό πεδίο– πάσχουν *κατά κανόνα* και από διαταραχή πανικού. Αντίθετα, οι ασθενείς που φέρουν τη διάγνωση «διαταραχή πανικού», στις ερευνητικές εργασίες που μελετούν την τελευταία αυτή διαταραχή, *κατά κανόνα* είτε *δεν* παρουσιάζουν αγοραφοβία ή παρουσιάζουν *ήπιας* μορφής αγοραφοβία. Επομένως, στη μεγάλη πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών, ο όρος «αγοραφοβία» συνήθως παραπέμπει σε έναν ασθενή με «*διαταραχή πανικού με μέτριας/σοβαρής βαρύτητας αγοραφοβία*», ενώ ο όρος «διαταραχή πανικού» σε έναν ασθενή με «*διαταραχή πανικού χωρίς/με ήπιας βαρύτητας αγοραφοβία*».⁶ Αυτός πιθανόν είναι και ο λόγος που οι πλέον πρόσφατες εργασίες χρησιμοποιούν, για να χαρακτηρίσουν τον πληθυσμό ασθενών που μελέτησαν, τους πιο ακριβείς

διαγνωστικά όρους «*διαταραχή πανικού με αγοραφοβία*» και «*διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία*».

2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΦΟΒΙΩΝ

Στον τομέα των ψυχολογικών θεωριών, δύο είναι οι βασικές σχολές σκέψης που έχουν επιχειρήσει κατά επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο να διατυπώσουν μοντέλα για το ποιος ψυχολογικές διεργασίες αποτελούν το υπόβαθρο της εγκατάστασης μιας φοβίας και ποιοι είναι οι μηχανισμοί που υπόκεινται σε μια επιτυχημένη ψυχολογική θεραπεία.⁷

Η κεντρική υπόθεση της πρώτης σχολής σκέψης⁸⁻¹⁰ είναι ότι μαθησιακές διεργασίες συνειρμικού τύπου, όπως η εξοικείωση και η μάθηση μέσω δοκιμής και λάθους, διαδραματίζουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο στην εγκατάσταση και τη διατήρηση μιας φοβίας, καθώς και στη θεραπεία της. Οι ιδέες, οι στάσεις και οι εκτιμήσεις του ασθενούς έχουν μικρή (ή και καμιά) συμβολή στην εγκατάσταση και τη διαιώνιση της φοβίας και, επομένως, οι θεραπευτικοί χειρισμοί που στοχεύουν άμεσα στην τροποποίησή τους δεν είναι αυτοί που θα επιφέρουν την ουσιαστική θεραπευτική αλλαγή. Είναι φανερό ότι οι συμπεριφορικές θεωρίες και θεραπείες κατατάσσονται σε αυτή τη σχολή σκέψης.

Η φιλοσοφία της δεύτερης σχολής σκέψης^{11,12} είναι ότι οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις (συνειδητές ή και ασυνειδητές) που έχουν οι άνθρωποι για τον «κίνδυνο» που αντιμετωπίζουν σε φοβογόνες γι' αυτούς καταστάσεις αποτελούν το πυρηνικό στοιχείο στην εγκατάσταση και τη διαιώνιση μιας φοβίας και, συνεπώς, για να επιτευχθούν θεραπευτικές αλλαγές που θα παραμένουν σε βάθος χρόνου, απαιτείται η συμβολή μαθησιακών διεργασιών σε επίπεδο ανώτερων ψυχικών λειτουργιών, όπως η απόδοση αιτιωδών σχέσεων με τη χρήση της λογικής και η συνειδητή διαμόρφωση υποθέσεων, που ακολουθείται από την εμπειρική διαπίστωση του βαθμού ορθότητάς τους. Οι γνωσιακές θεωρίες και θεραπείες ανήκουν σε αυτή τη σχολή σκέψης.

3. ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ 1960 ΚΑΙ 1970: ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Μέχρι το 1960 δεν υπήρχαν ψυχολογικές θεραπείες με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα για τη ΔΠΑ. Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1960 οι θεραπευτές συμπεριφοράς δίσταζαν να ζητήσουν από τους ασθενείς τους να εκτεθούν σε αγοραφοβικά ερεθίσματα που θα

πυροδοτούσαν σημαντικού βαθμού άγχος, από φόβο μήπως αυτού του είδους η έκθεση είχε αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις σε αυτούς.

Μόλις στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1960 άρχισαν οι συμπεριφερολόγοι να εισάγουν τεχνικές έκθεσης στη θεραπεία συμπεριφοράς της αγοραφοβίας. Σύντομα, η θεραπεία έκθεσης καθιερώθηκε ως μια αποτελεσματική θεραπεία για την αγοραφοβία. Ένας από τους κυριότερους λόγους, που οι συμπεριφορικές θεραπείες για την αγοραφοβία απέκτησαν κύρος, ήταν ότι η αποτελεσματικότητά τους είχε κατοχυρωθεί σε συστηματικές ερευνητικές μελέτες.⁴

Η «θεωρία των δύο διεργασιών» του Mowrer¹³ ήταν αυτή που αποτέλεσε το κυριότερο θεωρητικό υπόβαθρο των θεραπειών έκθεσης. Σύμφωνα με αυτή, οι αγοραφοβικές καταστάσεις αποτελούν αρχικά ουδέτερα ερεθίσματα, που κατέστησαν φοβογόνα μέσω κλασικής (Παυλοβιανής) οροεξάρτησης με το άγχος (*conditioned stimuli*). Οι εξαρτημένες φοβικές αντιδράσεις δεν μπορούν να αποσβεστούν, γιατί ο ασθενής προοδευτικά αναπτύσσει *συμπεριφορές αποφυγής* των αγοραφοβικών καταστάσεων και *συμπεριφορές φυγής* από τις καταστάσεις αυτές, οι οποίες ενισχύονται –μέσω συντελεστικής μάθησης– από τη μείωση του άγχους που επιφέρουν. Εμποδίζοντας τον ασθενή από το να εκτεθεί σε ικανοποιητικό βαθμό και σε ικανοποιητική διάρκεια στη φοβική γι' αυτόν κατάσταση, οι συμπεριφορές φυγής και αποφυγής συμβάλλουν στη *δαιώνιση* της φοβίας. Για να επιτευχθεί η απόσβεση του φόβου, ο ασθενής θα πρέπει να εκτεθεί στην αγοραφοβική κατάσταση και να παραμείνει σε αυτή μέχρι την υποχώρηση του άγχους του, ενώ η διαδικασία αυτή, κατά κανόνα, χρειάζεται να πραγματοποιηθεί συστηματικά και επανειλημμένα.¹⁴⁻¹⁶

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 και του 1970, η αγοραφοβία αποτελούσε το επίκεντρο της προσοχής σε ερευνητικό, κλινικό και θεραπευτικό επίπεδο. Οι θεραπείες έκθεσης κατοχυρώθηκαν ως μια θεραπευτική μέθοδος με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα όσον αφορά στη μείωση των συμπεριφορών φυγής και αποφυγής, καθώς και του αγοραφοβικού άγχους.⁶ Συνολικά, μέχρι και 60% των ασθενών παρουσίαζαν κλινική βελτίωση μετά από θεραπεία έκθεσης *in vivo*.⁴ *Το πρόβλημα ήταν ότι αυτή η κλινική βελτίωση συνίστατο κυρίως στη μείωση των αγοραφοβικών συμπεριφορών και του άγχους σε αγοραφοβικές καταστάσεις· αρκετοί ασθενείς όμως εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν, σε άλλοτε άλλο βαθμό, προσβολές πανικού και άγχος σχετιζόμενο με τον πανικό, ακόμα και μετά από το πέρας της θεραπείας.*

4. ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1980: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, το ερευνητικό ενδιαφέρον στράφηκε στο φαινόμενο του πανικού. Αντιστρέφοντας την έως τότε επικρατούσα αντίληψη, οι θεωρητικοί της Βιολογικής Ψυχιατρικής και της Γνωσιακής σχολής κατέληξαν στη θέση ότι *οι προσβολές πανικού είναι αυτές που αποτελούν το πυρηνικό στοιχείο στη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, η δε αγοραφοβία αναπτύσσεται σε δεύτερη φάση, ως ένα «υποπροϊόν» της διαταραχής πανικού.* Οι βιολογικές θεωρίες και κυρίως το πρωτοποριακό ερευνητικό έργο του Klein^{17,18} κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, συνέβαλαν τα μέγιστα στη σημαντική αυτή εξέλιξη. Παράλληλα με τα βιολογικά μοντέλα και τις αντίστοιχες θεραπείες, εμφανίστηκαν στο προσκήνιο και τα πρώτα ψυχολογικά και ψυχοφυσιολογικά μοντέλα της διαταραχής πανικού, με τους Beck,¹¹ Clark,¹² Barlow¹⁹ και άλλους σημαντικούς θεωρητικούς της Γνωσιακής σχολής να διαμορφώνουν τη γνωσιακή-συμπεριφορική άποψη για το φαινόμενο του πανικού και να καταθέτουν τις αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές προτάσεις τους.

Η ιστορική καμπή στην έρευνα της ΔΠΑ υπήρξε η αναθεώρηση του διαγνωστικού και ταξινομητικού συστήματος DSM-III της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας το 1987, από την οποία προέκυψε το DSM-III-R,²⁰ το οποίο τροποποίησε τη διάγνωση της «αγοραφοβίας» σε «διαταραχή πανικού» όταν υπάρχει κλινικά αξιοσημείωτο ιστορικό προσβολών πανικού –και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων υπάρχει– αν και ο αγοραφοβικός ασθενής στη φάση εκτίμησης μπορεί να είναι ελεύθερος κρίσεων πανικού.⁶

Από το σημείο αυτό και μετά, η έρευνα, τόσο στο βιολογικό όσο και στο γνωσιακό/συμπεριφορικό πεδίο, στράφηκε σχεδόν εξ ολοκλήρου στην προσπάθεια ανάπτυξης θεωρητικών μοντέλων και θεραπευτικών πρωτοκόλλων που εστίαζαν στο φαινόμενο του πανικού. Αυτή η τεράστια ερευνητική προσπάθεια σύντομα κατέληξε στην ανάπτυξη αποτελεσματικών βιολογικών και ψυχολογικών θεραπειών για τη ΔΠ.

Οι σημαντικότερες ψυχολογικές θεραπείες για τη ΔΠ που αναπτύχθηκαν ήταν οι εξής:^{11,19,21-29} (α) Γνωσιακή θεραπεία, η οποία βασίζεται σε μοντέλα επεξεργασίας πληροφοριών. Στη γνωσιακή θεραπεία χρησιμοποιείται μια ποικιλία στρατηγικών, με σκοπό την τροποποίηση των δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με τη ΔΠ. (β) Θεραπεία ενδοδοκτικής έκθεσης, στην οποία χρησιμοποιείται μια σειρά τε-

χνικών για την παραγωγή σωματικών αισθήσεων παρόμοιων με αυτές που λαμβάνουν χώρα σε μια προσβολή πανικού. Ο σκοπός της πρόκλησης τέτοιου είδους αισθήσεων είναι η *εξοικείωση* στα έντονα, αλλά «αθώα», σωματικά ενοχλήματα μιας προσβολής πανικού (σε περισσότερο συμπεριφορικά-προσανατολισμένες ψυχοθεραπείες), ή η επίτευξη *γνωσιακής αναδόμησης*, η οποία συνίσταται στην αλλαγή του *νοήματος* που οι ασθενείς με ΔΠ αποδίδουν στα ερεθίσματα αυτά (σε πιο γνωσιακά-προσανατολισμένες ψυχοθεραπείες), ή η επίτευξη και *εξοικείωσης και γνωσιακής αναδόμησης*. (γ) Εκπαίδευση στην αναπνοή, στην οποία ο ασθενής μαθαίνει τεχνικές για να ελέγχει την υπέρπνοια που πολύ συχνά συνοδεύει μια προσβολή πανικού και, συνεπώς, τις δυσάρεστες σωματικές αισθήσεις που αυτή προκαλεί. Σημειώνεται, βέβαια, ότι η εκπαίδευση στην αναπνοή πρέπει να ακολουθείται από γνωσιακή αναδόμηση ή και *εξοικείωση* στα σωματικά ερεθίσματα του πανικού, καθώς από μόνη της θεωρείται ότι καταλήγει να είναι άλλη μια αποφευκτική συμπεριφορά.^{30,31} (δ) Εκπαίδευση στη χαλάρωση, στην οποία χρησιμοποιούνται τεχνικές για τον έλεγχο της μυϊκής τάσης που συνήθως συνοδεύει τις προσβολές πανικού. Από τις διάφορες μορφές χαλάρωσης, εκείνη που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των κρίσεων πανικού είναι η εφαρμοσμένη χαλάρωση (*applied relaxation*).³²⁻³⁴

Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τη ΔΠ, που χρησιμοποιούνται σήμερα, αποτελούνται τυπικά από ένα συνδυασμό των παραπάνω θεραπειών, με τη *γνωσιακή θεραπεία* και τη *θεραπεία ενδοδοκτικής έκθεσης* να αποτελούν τμήμα σχεδόν κάθε θεραπευτικού πρωτοκόλλου. Φυσικά, το σκεπτικό που αποτελεί το υπόβαθρο των ποικίλων γνωσιακών και συμπεριφορικών ψυχοθεραπειών (ΓΣΨ) συχνά ποικίλλει. Για παράδειγμα, και όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, σε περισσότερο συμπεριφορικά-προσανατολισμένα ΓΣΨ πρωτόκολλα η θεραπεία ενδοδοκτικής έκθεσης επεξηγείται στον ασθενή και εκτελείται μέσα σε μαθησιακό/συμπεριφορικό πλαίσιο («*εξοικείωση*» στα σωματικά ενοχλήματα του πανικού), ενώ η γνωσιακή θεραπεία πραγματοποιείται ως ένα, κατά κάποιον τρόπο, «ξεχωριστό» σύνολο στρατηγικών. Αντιθέτως, σε πιο γνωσιακά-προσανατολισμένα ΓΣΨ πρωτόκολλα η ενδοδοκτική έκθεση και άλλες συμπεριφορικές στρατηγικές εισάγονται στη θεραπεία ως «*συμπεριφορικά πειράματα*» (“*behavioural experiments*”), με αποκλειστικό σκοπό την ανίχνευση και την αμφισβήτηση δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον πανικό, με τελικό στόχο τη «*γνωσιακή αναδόμηση*». Για τις διαφορές αυτές και τους πε-

ριορισμούς που δημιουργούν στην έρευνα, θα γίνει εκτενέστερη αναφορά σε επόμενη ενότητα.

Παρά τις θεωρητικές αυτές διαφορές, οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες στο σύνολό τους έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη θεραπεία του πανικού. Στη ΔΠ *χωρίς* αγοραφοβία (ΔΠ) οι ΓΣΨ έχουν ισχυρή ερευνητική τεκμηρίωση από μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες (ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Ολλανδία, Γερμανία κ.λπ.).³⁵⁻³⁷ Οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν ότι το ποσοστό των ασθενών που είναι ελεύθεροι προσβολών πανικού μετά από ένα μέσο όρο δώδεκα συνεδριών ΓΣΨ κυμαίνεται μεταξύ 74-94% (μέσος όρος: 84%) και τα αποτελέσματα διατηρούνται σε συστηματική παρακολούθηση (*follow-up*) ενός έτους σε ποσοστό 71-100% των ασθενών (μέσος όρος: 86%).³⁸

Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές^{6,39} επισημαίνουν ότι η επίτευξη τέτοιων υψηλών ποσοστών επιτυχίας στην εξάλειψη της συμπτωματολογίας του πανικού από τα παραπάνω ερευνητικά ΓΣΨ πρωτόκολλα πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι στη μεγάλη πλειοψηφία των μελετών αυτών δεν συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με μετρίου/σοβαρού βαθμού αγοραφοβία. Για παράδειγμα, οι Williams και Falbo⁶ ανέφεραν ότι από ένα σύνολο ασθενών με ΔΠΑ που υποβλήθηκε μόνο σε γνωσιακή ψυχοθεραπεία ή σε μια μορφή θεραπείας έκθεσης (“*performance-based treatment*”) μόνο, ή σε συνδυασμό τους, το 94% των ασθενών με ήπια μορφή αγοραφοβίας ήταν ελεύθεροι προσβολών πανικού μετά από τη θεραπεία *ανεξάρτητα* από τη μορφή θεραπείας στην οποία υποβλήθηκαν, ενώ μόνο το 52% των ασθενών με σοβαρή μορφή αγοραφοβίας δεν παρουσίαζαν προσβολές πανικού μετά από τη θεραπεία, *ανεξάρτητα* και πάλι από τη μορφή θεραπείας στην οποία υποβλήθηκαν.

Το επόμενο λογικό βήμα ήταν να διερευνηθεί η ικανότητα της γνωσιακής θεραπείας να θεραπεύσει ασθενείς με διαταραχή πανικού με μετρίου/σοβαρού βαθμού αγοραφοβία. *Εάν η αγοραφοβία είναι ένα «υπο-προϊόν» της διαταραχής πανικού, τότε θα αναμενόταν ότι η αντιμετώπιση της ΔΠ με γνωσιακή θεραπεία θα είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση και των αγοραφοβικών συμπτωμάτων.* Επομένως, είναι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία αποτελεσματική στη θεραπεία της αγοραφοβίας; Ποια είναι η πλέον αποτελεσματική θεραπεία για την αγοραφοβία, η γνωσιακή θεραπεία ή η θεραπεία έκθεσης; Είναι αναγκαίο να συνδυάζεται η θεραπεία έκθεσης με τη γνωσιακή θεραπεία για να επιτευχθούν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για τους ασθενείς με ΔΠΑ;

5. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ ΜΕ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας έγιναν απόπειρες να δοθούν απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα, σε μια σειρά ερευνών οι οποίες μελέτησαν πληθυσμούς ασθενών με διαταραχή πανικού με μέτρια και σοβαρή μορφή αγοραφοβίας.

Ωστόσο, σημειώνεται εξαρχής ότι ο αριθμός των μελετών αυτών είναι περιορισμένος και τα αποτελέσματά τους σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αντικρουόμενα, και συνεπώς *οριστικές απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα δεν έχουν δοθεί ακόμα*.

Ένα άλλο πρόβλημα στην προσπάθεια σύγκρισης της γνωσιακής θεραπείας και της θεραπείας έκθεσης στη ΔΠΑ είναι ότι *υπάρχει αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των «συμπεριφορικών πειραμάτων» που χρησιμοποιούνται στη γνωσιακή θεραπεία και των τεχνικών έκθεσης, που, αυτόντοτα, αποτελούν τον πυρήνα της θεραπείας έκθεσης*.

Είναι γνωστό ότι η γνωσιακή θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία περιλαμβάνει *εξ ορισμού* και στρατηγικές που αποκαλούνται «συμπεριφορικά πειράματα», κατά τη διάρκεια των οποίων ο ασθενής εκτίθεται σε αγοραφοβικού τύπου ερεθίσματα, με *αποκλειστικό* στόχο να διευκολυνθεί η διαδικασία εντοπισμού και, σε δεύτερη φάση, τροποποίησης των δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων και πεποιθήσεων, που σχετίζονται με την «καταστροφοποίηση» από τον ασθενή των συχνά έντονων, αλλά στην πραγματικότητα ακίνδυνων, σωματικών ερεθισμάτων του πανικού που λαμβάνει χώρα στο αγοραφοβικό πλαίσιο.

Εξάλλου, η γνωσιακή θεωρία, επιχειρώντας να αιτιολογήσει το γιατί ένας ασθενής που παρουσιάζει κρίσεις πανικού, κατά τη διάρκεια των οποίων πιστεύει π.χ. ότι θα λιποθυμήσει, εξακολουθεί να το πιστεύει στον ίδιο ή μεγαλύτερο βαθμό μετά από εκατοντάδες ή και χιλιάδες προσβολές πανικού, παρόλο που κάτι τέτοιο δεν έχει συμβεί, εισήγαγε την έννοια των «*συμπεριφορών αναζήτησης ασφάλειας*».^{31,36,40} Στις «*συμπεριφορές ασφάλειας*» περιλαμβάνονται –πέρα από τις συμπεριφορές φυγής και αποφυγής, οι οποίες είχαν επισημανθεί από τους συμπεριφερολόγους– και συμπεριφορές περισσότερο «λεπτές», που το άτομο υιοθετεί σε αγοραφοβικά πλαίσια, οι οποίες του επιτρέπουν να παραμένει στο πλαίσιο αυτό κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού, αλλά *εμποδίζουν τη διάψευση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων* και άρα συμβάλλουν στη διαιώνισή τους. Χρησιμοποιώντας το παραπάνω παράδειγμα, ο ασθενής

που παρουσίασε προσβολή πανικού σε ένα πολυκατάστημα, καταλήγει αργότερα στο συμπέρασμα ότι «δεν λιποθύμησα μόνο και μόνο γιατί εκείνη την ώρα κάθησα αμέσως σε μια καρέκλα/στηρίχθηκα στο σύζυγό μου/ήπια νερό (= «*συμπεριφορές ασφάλειας*»)). Συνεπώς, στη γνωσιακή θεραπεία, ο ασθενής κατά τη διάρκεια ενός «*συμπεριφορικού πειράματος*» εκτίθεται σε ένα αγοραφοβικό πλαίσιο, *χωρίς να προβαίνει σε «συμπεριφορές αναζήτησης ασφάλειας*», για να διαπιστώσει ότι η «*καταστροφική εξέλιξη*» (στο παράδειγμά μας, η λιποθυμία) δεν θα λάβει χώρα, δηλαδή για να διαψευστεί και –με επαναλαμβανόμενα «*συμπεριφορικά πειράματα*»– να τροποποιηθεί η δυσλειτουργική του πεποίθηση.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας ο ασθενής θα πρέπει να διερευνήσει, επανεξετάσει και τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές του πεποιθήσεις όχι μόνο στο γραφείο του θεραπευτή, αλλά –και κυρίως– στην «*καθημερινή του πραγματικότητα*»,⁴¹ κάτι που επιτυγχάνεται μόνο μέσω των «*συμπεριφορικών πειραμάτων*».

Ωστόσο, εύλογα δημιουργείται το ερώτημα: μήπως αυτού του είδους η –έστω και γνωσιακά διαρθρωμένη– έκθεση, στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της γνωσιακής θεραπείας, συμβάλλει σημαντικά –αν όχι καθοριστικά– στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα; Μήπως η *επανάληψη* αυτών των «*συμπεριφορικών πειραμάτων*» αυτή καθαυτή είναι εκείνη που επιφέρει τη θεραπευτική πρόοδο (διαμέσου της «*εξοικείωσης*») και η γνωσιακή επεξεργασία που συνοδεύει τα «*πειράματα*» διαδραματίζει μικρό, ή και καθόλου ρόλο στην πρόοδο αυτή;

Ήταν φυσικό να υπάρξει μια συστηματική προσπάθεια να δοθούν αξιόπιστες απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα. Ωστόσο, στην προσπάθειά τους να διαχωρίσουν όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται τα επιμέρους θεραπευτικά «*συστατικά*» (“*components*”) της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, πολλές μελέτες περιλαμβάνουν στα πρωτόκολλα της γνωσιακής θεραπείας που εφαρμόζουν μόνο ένα υποσύνολο γνωσιακών στρατηγικών –συχνά κάτω από τον τίτλο «*γνωσιακή αναδόμηση*» (“*cognitive restructuring*”)– *από τις οποίες εξαιρούν εντελώς τα «συμπεριφορικά πειράματα*».⁴²⁻⁴⁴ Όπως όμως εξαρχής τόνισε ο Beck και άλλοι θεωρητικοί της γνωσιακής σχολής,^{11,36,41,45,46} μια γνωσιακή θεραπεία που δεν περιλαμβάνει αυτού του είδους τον «*εμπειρικό έλεγχο*» *δεν μπορεί να θεωρηθεί κλινικά αξιόπιστη*.

Μια λύση που έχει προταθεί για να ξεπεραστεί το παραπάνω πρόβλημα στις ερευνητικές μελέτες που συγκρίνουν τις δύο αυτές θεραπείες στη ΔΠΑ, είναι η γνω-

σιακή θεραπεία να περιλαμβάνει μεν «συμπεριφορικά πειράματα», στα οποία ο ασθενής εκτίθεται σε εξωδοκτικά και ενδοδοκτικά φοβόγωνα ερεθίσματα αλλά σε *περιορισμένο αριθμό*, ώστε να υπάρχει η μικρότερη δυνατή αλληλοεπικάλυψη με τη θεραπεία έκθεσης, στην οποία η συστηματική και επαναλαμβανόμενη έκθεση αποτελεί το βασικό κορμό της θεραπείας.⁴²

6. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ ΜΕ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Έχοντας υπόψη τους παραπάνω περιορισμούς, θα αναφερθούμε στη συνέχεια –κατά χρονολογική σειρά– σε ορισμένες μελέτες, στις οποίες έχει επιχειρηθεί να δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν παραπάνω, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής θεραπείας στην αντιμετώπιση της αγοραφοβίας και τη σύγκρισή της με τη θεραπεία έκθεσης της διαταραχής αυτής.

Σε μελέτη των Öst et al,⁴⁷ ένα δείγμα 45 ασθενών με ΔΠ και αγοραφοβία έλαβε κατά τυχαίοποιημένο τρόπο 12 συνεδρίες είτε εφαρμοσμένης χαλάρωσης (applied relaxation), είτε θεραπείας έκθεσης *in vivo*, είτε γνωσιακής θεραπείας. Επιπλέον, όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν οδηγίες και πραγματοποιούσαν μόνοι τους τεχνικές έκθεσης σε αγοραφοβικού τύπου ερεθίσματα. Και οι τρεις θεραπείες ήταν αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων πανικού και αγοραφοβίας και τα θεραπευτικά αποτελέσματα διατηρούνταν σε σημαντικό βαθμό και ένα έτος μετά από το πέρας της θεραπείας. Ωστόσο, –όπως επισημαίνουν οι ίδιοι οι ερευνητές– το γεγονός ότι στα θεραπευτικά πρωτόκολλα και των τριών ομάδων περιλαμβάνονταν και τεχνικές έκθεσης, πολύ πιθανόν να αποτέλεσε σημαντικό συγχυτικό παράγοντα στη μελέτη αυτή.

Οι Van den Hout et al,⁴⁸ με βάση την υπόθεση ότι η αγοραφοβία αποτελεί μια επιπλοκή της ΔΠ, υπέθεσαν ότι η γνωσιακή θεραπεία (ΓΘ) θα πρέπει να μειώνει όχι μόνο τα συμπτώματα της ΔΠ, αλλά και εκείνα της αγοραφοβίας, και ότι θα πρέπει να επαυξάνει τα αποτελέσματα της θεραπείας έκθεσης *in vivo*. Στη μελέτη τους συνέκριναν δύο ομάδες ασθενών (12 σε κάθε ομάδα) με σοβαρού βαθμού αγοραφοβία. Στη μια ομάδα, οι ασθενείς έλαβαν 4 συνεδρίες γνωσιακής θεραπείας και στη συνέχεια 8 συνεδρίες συνδυασμού γνωσιακής θεραπείας και θεραπείας έκθεσης *in vivo*. Στη δεύτερη ομάδα, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 4 συνεδρίες μιας μη ειδικής/placebo θεραπείας (“associative” therapy), οι οποίες

ακολουθούσαν από 8 συνεδρίες θεραπείας έκθεσης *in vivo*, που διεξαγόταν με το κλασικό συμπεριφορικό σκεπτικό. Οι 4 πρώτες συνεδρίες της γνωσιακής θεραπείας στην πρώτη ομάδα ασθενών επέφερε σημαντικού βαθμού μείωση στη συχνότητα των προσβολών πανικού, συγκριτικά με τις 4 αρχικές συνεδρίες της μη ειδικής θεραπείας, στην οποία υποβλήθηκε η δεύτερη ομάδα, που δεν επέφερε ουσιαστικές αλλαγές στην ένταση και τη συχνότητα του πανικού. Στην πρώτη ομάδα ασθενών, η γνωσιακή θεραπεία δεν είχε σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά στη συμπτωματολογία της αγοραφοβίας. Τα αγοραφοβικά συμπτώματα παρουσίασαν σημαντικό βαθμού μείωση μόνον όταν οι ασθενείς υποβλήθηκαν στη συνέχεια σε θεραπεία έκθεσης *in vivo*. Η προσθήκη ΓΘ στη θεραπεία έκθεσης δεν επέφερε σημαντική αύξηση στην αποτελεσματικότητα της τελευταίας. Το κύριο συμπέρασμα, στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές αυτοί, ήταν ότι η γνωσιακή θεραπεία *δεν* είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της αγοραφοβίας. Ωστόσο, ο κυριότερος περιορισμός της μελέτης αυτής ήταν ότι ο αριθμός των συνεδριών ΓΘ (4) στον οποίο υποβλήθηκαν οι ασθενείς της πρώτης ομάδας ήταν πολύ μικρός για να μπορεί να εξαχθεί κάποιο συμπέρασμα όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής στην αντιμετώπιση της αγοραφοβίας.

Οι Hoffart et al⁴⁹ συνέκριναν την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής θεραπείας και ενός τύπου θεραπείας έκθεσης (“guided mastery therapy”) σε έναν πληθυσμό 52 ασθενών με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία μέτριου/σοβαρού βαθμού, οι οποίοι θεωρούσαν την αγοραφοβία ως το κεντρικό τους πρόβλημα, σε ένα πρόγραμμα διάρκειας 6 εβδομάδων, κατά τη διάρκεια του οποίου οι ασθενείς νοσηλεύονταν. Πέρα από την αποτελεσματικότητά της στην αντιμετώπιση της ΔΠ, η ΓΘ παρουσίασε ανάλογη αποτελεσματικότητα με τη θεραπεία έκθεσης στην αντιμετώπιση των αγοραφοβικού τύπου συμπτωμάτων. Ο βασικός περιορισμός της μελέτης αυτής ήταν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΓΘ πραγματοποιούσαν και τεχνικές έκθεσης, οι οποίες, αν και στόχευαν αποκλειστικά στην εκμείωση, τον εντοπισμό και την αμφισβήτηση δυσλειτουργικών γνωσιών που σχετίζονταν με τον πανικό, ωστόσο πραγματοποιούνταν σε συστηματική βάση.

Οι Michelson et al⁵⁰ συνέκριναν την αποτελεσματικότητα των παρακάτω θεραπευτικών πρωτοκόλλων: (α) Γνωσιακή θεραπεία σε συνδυασμό με θεραπεία έκθεσης (ΓΘ+ΘΕ), (β) εκπαίδευση στη χαλάρωση σε συνδυασμό με θεραπεία έκθεσης (ΕΧ+ΘΕ) και (γ) θεραπεία έκθεσης μόνο (ΘΕ), σε έναν πληθυσμό 92 ασθενών με μέ-

τριου/σοβαρού βαθμού διαταραχή πανικού και αγοραφοβία. Συνολικά, 74 ασθενείς ολοκλήρωσαν 16 συνεδρίες από ένα από τα παραπάνω θεραπευτικά πρωτόκολλα. Ο συνδυασμός ΓΘ+ΘΕ είχε τα πιο γρήγορα και σταθερά αποτελέσματα, τόσο αμέσως μετά από τη θεραπεία όσο και μετά από ένα έτος συστηματικής κλινικής παρακολούθησης. Το ποσοστό των ασθενών που υποβλήθηκαν στο συνδυασμό ΓΘ+ΘΕ και οι οποίοι παρουσίασαν σημαντικό βαθμού βελτίωση της λειτουργικότητάς τους (end-state functioning) μετά από το πέρας της θεραπείας, ήταν σχεδόν διπλάσιο από τα αντίστοιχα ποσοστά στα δύο άλλα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Επιπλέον, αν και οι ασθενείς και των τριών θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνέχισαν να παρουσιάζουν βελτίωση κατά τη διάρκεια ενός έτους συστηματικής παρακολούθησης, τα υψηλότερα ποσοστά βελτίωσης της λειτουργικότητας σημειώθηκαν πάλι στους ασθενείς που είχαν υποβληθεί στο συνδυασμό ΓΘ+ΘΕ (ΓΘ+ΘΕ=71,4%, ΕΧ+ΘΕ=33,0%, ΘΕ=37,5%). *Ατυχώς, στη μελέτη αυτή δεν είχε συμπεριληφθεί θεραπευτικό πρωτόκολλο μόνο γνωσιακής θεραπείας.*

Αξιοσημείωτο εύρημα στη μελέτη των Michelson et al⁵⁰ είναι ότι, ανεξάρτητα από τη θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν οι ασθενείς, *ευρύτερες/κεντρικότερες (μη ειδικές για τον πανικό) γνωσιακές δομές* διαδραμάτιζαν σημαντικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας και στη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε βάθος χρόνου. Συγκεκριμένα, οι μη ειδικές για τον πανικό δυσλειτουργικές πεποιθήσεις «αγχώδης υπερ-ανησυχία» (“anxious over-concern”) και «αβοηθητικότητα» (“helplessness”) διαπιστώθηκε (με βάση ψυχομετρικές εκτιμήσεις) ότι αποτελούσαν δυσμενείς προγνωστικούς δείκτες όσον αφορά στην έκβαση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης και τη μακροχρόνια διατήρηση της λειτουργικότητας που επιτεύχθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας στους ασθενείς με ΔΠΑ. Επομένως, η μελέτη αυτή παρείχε ενδείξεις υπέρ της θέσης ότι, εκτός από την τροποποίηση γνωσιών που σχετίζονται άμεσα με τη διαταραχή πανικού, στόχος των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών θα πρέπει να είναι η ευρύτερη, σε βάθος, γνωσιακή αναδόμηση, που θα αποσκοπεί στην τροποποίηση και μη ειδικών για τον πανικό κεντρικότερων πεποιθήσεων.

Οι Burke et al⁵¹ συνέκριναν την αποτελεσματικότητα 10 ατομικών συνεδριών γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (ΓΣΘ) με ισάριθμες συνεδρίες θεραπείας έκθεσης, σε έναν πληθυσμό 39 γυναικών με αγοραφοβία. Οι δύο ομάδες ασθενών ελάμβαναν παρόμοιο βαθμού έκθεση σε φοβογόνες καταστάσεις με τη βοήθεια του θεραπευτή, αλλά οι ασθενείς στη ΓΣΘ διδάσκονταν

επιπλέον γνωσιακές στρατηγικές εντοπισμού και αμφισβήτησης δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων και πεποιθήσεων. Στην ομάδα της ΓΣΘ, η έκθεση παρουσιαζόταν στους ασθενείς ως μια ευκαιρία να εντοπίσουν και να αμφισβητήσουν αρνητικές αυτόματες σκέψεις. Στην ομάδα της ΘΕ, η έκθεση παρουσιαζόταν και πραγματοποιούνταν με το κλασικό συμπεριφορικό σκεπτικό («εξοικείωση» στις φοβογόνες καταστάσεις). Και οι δύο θεραπείες επέφεραν σημαντικό βαθμού βελτίωση σε όλες τις ψυχομετρικές εκτιμήσεις της αγοραφοβικής συμπτωματολογίας, τόσο αμέσως μετά από το τέλος της θεραπείας όσο και 6 μήνες μετά. Οι δύο θεραπείες δεν διέφεραν σε σημαντικό βαθμό όσον αφορά στην αποτελεσματικότητά τους, τόσο αμέσως μετά από το τέλος της θεραπείας όσο και 6 μήνες αργότερα.

Οι Craske et al³⁹ συνέκριναν την αποτελεσματικότητα μιας μορφής γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας ειδικής για την αντιμετώπιση του πανικού (“panic control treatment”, PCT) με την αποτελεσματικότητα της ίδιας θεραπείας σε συνδυασμό με θεραπεία έκθεσης, σε έναν πληθυσμό 68 ασθενών με διαταραχή πανικού και μέτριου/σοβαρού βαθμού αγοραφοβία. Οι ασθενείς συμμετείχαν τυχαίοποιημένα σε ένα από τα δύο θεραπευτικά πρωτόκολλα, καθένα από τα οποία διαρκούσε 16 εβδομάδες. Και οι δύο ομάδες ασθενών έλαβαν αρχικά 8 πανομοιότυπες συνεδρίες ΓΣΘ (PCT), οι οποίες περιλάμβαναν ψυχοεκπαίδευση, εκπαίδευση σε τεχνικές αναπνοής, γνωσιακή θεραπεία και θεραπεία ενδοδοκτικής έκθεσης. Στο δεύτερο μέρος της θεραπείας, η μεν πρώτη ομάδα ασθενών υποβλήθηκε σε 8 συνεδρίες θεραπείας έκθεσης *in vivo*, ενώ η δεύτερη ομάδα υποβλήθηκε σε 8 επιπλέον συνεδρίες ΓΣΘ, οι οποίες ουσιαστικά αποτελούσαν μια επανάληψη των 8 πρώτων συνεδριών. Ο διαγνωστικός και ο ψυχομετρικός έλεγχος πραγματοποιούνταν στο βασικό επίπεδο (baseline), στο μέσο της θεραπείας, αμέσως μετά από το τέλος της θεραπείας και μετά από το πέρας συστηματικής παρακολούθησης διάρκειας 6 μηνών.

Στη μελέτη αυτή,³⁹ οι δύο θεραπείες (ΓΣΘ και ΓΣΘ+ΘΕ) υπήρξαν εξίσου αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας τόσο της διαταραχής πανικού, όσο και της αγοραφοβίας. Όπως σημειώνουν, συμπερασματικά, οι ίδιοι οι ερευνητές, η προσθήκη της θεραπείας έκθεσης στη ΓΣΘ δεν πρόσθεσε περαιτέρω ουσιαστικά θεραπευτικά αποτελέσματα, συγκριτικά με τα αποτελέσματα μόνης της ΓΣΘ. Επιπλέον, η μείωση της συχνότητας των προσβολών πανικού αποτελούσε ευνοϊκό προγνωστικό δείκτη της μείωσης των αγοραφοβικού τύπου αποφυγών.

Δυστυχώς, ένας σημαντικός περιορισμός αυτής της μελέτης –όπως οι ίδιοι οι ερευνητές επισημαίνουν– είναι ότι οι ασθενείς στο πρωτόκολλο της ΓΣΘ μόνο (χωρίς ΘΕ) ήταν ελεύθεροι στο δεύτερο μέρος της θεραπείας (συνεδρίες 9η–16η) να πραγματοποιήσουν μόνοι τους έκθεση *in vivo* σε αγοραφοβικές καταστάσεις, εφόσον οι ίδιοι έκριναν ότι μια τέτοιου είδους έκθεση θα τους ωφελούσε όσον αφορά στη μείωση της αγοραφοβίας τους. Οι θεραπευτές δεν επενέβαιναν σε αυτού του είδους την «αυτο-έκθεση», με την έννοια ότι ούτε οδηγίες έδιναν για το πώς να πραγματοποιηθεί ούτε πρόβες επιτελούσαν με τον ασθενή ούτε συζητούσαν μαζί του για το αν τις πραγματοποιούσε σωστά ή λάθος και ούτε ανέλυαν γνωσιακά τις εμπειρίες των ασθενών από την προσωπική τους έκθεση. *Ωστόσο, η έκθεση αυτού του είδους από ασθενείς της ομάδας της «ΓΣΘ μόνο» αποτέλεσε συγχυτικό παράγοντα όσον αφορά στο εύρημα ότι η αγοραφοβική συμπτωματολογία πιθανόν υφίσταται ως άμεσο αποτέλεσμα της ύφεσης των συμπτωμάτων πανικού.*

Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι Ost et al³⁸ συνέκριναν ένα πρωτόκολλο θεραπείας έκθεσης *in vivo* (ΘΕ) με ένα πρωτόκολλο γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (ΓΣΘ), σε έναν πληθυσμό 73 ασθενών με διαταραχή πανικού με μέτριου έως σοβαρού βαθμού αγοραφοβία. Το πρωτόκολλο της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στη μελέτη αυτή περιελάμβανε συνδυασμό γνωσιακής θεραπείας και στρατηγικών έκθεσης, η οποία πραγματοποιούνταν κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως και στο πρωτόκολλο της θεραπείας έκθεσης, αλλά με εστιασμό στην εκμείωση και την αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών ερμηνειών, στις οποίες προέβαιναν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της προσβολής πανικού σε αγοραφοβικές καταστάσεις. Οι ερευνητές αυτοί διαπίστωσαν ότι οι δύο θεραπείες επέφεραν σημαντική βελτίωση, τόσο στις ψυχομετρικές δοκιμασίες των συμπτωμάτων πανικού και αγοραφοβίας όσο και στις ψυχομετρικές εκτιμήσεις του γενικού άγχους, του καταθλιπτικού συναισθήματος, της κοινωνικής λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής, τα δε θεραπευτικά αυτά οφέλη διατηρήθηκαν σε συστηματική κλινική παρακολούθηση (follow-up). Ωστόσο, η μελέτη αυτή δεν ανέδειξε σημαντικού βαθμού διαφορές μεταξύ της ΘΕ και της ΓΣΘ. Τα κριτήρια της κλινικά σημαντικής βελτίωσης, που είχαν θέσει οι ερευνητές αυτοί, πληρούνταν από το 67% των ασθενών της ΘΕ και το 79% των ασθενών της ΓΣΘ αμέσως μετά από τη θεραπεία και από το 74% και 76%, αντίστοιχα, στο διάστημα της συστηματικής κλινικής παρακολούθησης. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές αυτοί ήταν ότι *η προσθήκη της γνωσιακής*

θεραπείας στη θεραπεία έκθεσης δεν επέφερε σημαντικού βαθμού μεταβολή στο θεραπευτικό αποτέλεσμα της θεραπείας έκθεσης.

Στην περίπτωση αυτή, βέβαια, έχουμε ένα παράδειγμα προβλήματος όσον αφορά στον ορισμό της «γνωσιακής θεραπείας», στο οποίο έγινε παραπάνω αναφορά. Θα μπορούσε να ληχθεί ότι οι «τεχνικές έκθεσης», οι οποίες στοχεύουν αποκλειστικά στην εκμείωση και την αμφισβήτηση αυτόματων σκέψεων και πεποιθήσεων, χαρακτηριστικών των προσβολών πανικού σε αγοραφοβικές καταστάσεις (και με αυτό το σκεπτικό εισάγονταν στο θεραπευτικό πρωτόκολλο των ασθενών που υποβάλλονταν σε «ΓΣΨ» στην έρευνα αυτή), αποτελούν «συμπεριφορικά πειράματα», τα οποία είναι αναπόσπαστο μέρος της γνωσιακής θεραπείας. Ωστόσο, το σύνολο αυτών των «συμπεριφορικών πειραμάτων» οι ανωτέρω ερευνητές το θεωρούν ως μια διαδικασία τελείως ξεχωριστή και αποκομμένη από τη γνωσιακή θεραπεία, την οποία (διαδικασία), στη συνέχεια, ταυτίζουν με τη θεραπεία έκθεσης (παρόλο ότι εκτελούνταν με τελείως άλλο σκεπτικό) και έτσι καταλήγουν στο παραπάνω συμπέρασμα.

Μια παλαιότερη αναφορά των Bouchard et al⁴² προσπάθησε να εξαλείψει τέτοιου είδους συγχυτικούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας αυστηρά κριτήρια για να διαχωρίσει το «γνωσιακό» από το «συμπεριφορικό» σκέλος μιας γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Οι ερευνητές αυτοί συνέκριναν την αποτελεσματικότητα δύο θεραπευτικών πρωτοκόλλων, που περιελάμβαναν μόνο γνωσιακή θεραπεία και μόνο θεραπεία έκθεσης αντίστοιχα, σε έναν πληθυσμό 28 ασθενών με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία. Το κάθε πρωτόκολλο αποτελούνταν από 15 συνεδρίες, διάρκειας 90 min η καθεμιά, και ο ψυχομετρικός έλεγχος περιελάμβανε τη μελέτη μιας σειράς κλινικών, συμπεριφορικών και γνωσιακών παραμέτρων. Η θεραπεία έκθεσης περιελάμβανε εντατική εξωδοκτική (*in vivo*) και ενδοδοκτική (interoceptive) έκθεση, ενώ οι στρατηγικές αυτές εισάγονταν στη θεραπεία και πραγματοποιούνταν με αυστηρά συμπεριφορικό σκεπτικό. Η γνωσιακή θεραπεία περιελάμβανε αποκλειστικά στρατηγικές «γνωσιακής αναδόμησης». Για παράδειγμα, οι τεχνικές ενδοδοκτικής έκθεσης περιορίστηκαν στο ελάχιστο δυνατόν –μόνο κατά τη διάρκεια των συνεδριών– και χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για την εκμείωση και την αμφισβήτηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων σχετιζόμενων με τις προσβολές πανικού. Οι ασθενείς αποθαρρύνονταν από το να διεξαγάγουν μόνοι τους τεχνικές ενδοδοκτικής ή εξωδοκτικής έκθεσης μεταξύ των συνεδριών. Και οι δύο θεραπείες στη μελέτη αυτή επέφεραν –με βάση τα πορί-

σματα του ψυχομετρικού ελέγχου- παρόμοια και σημαντικού βαθμού θεραπευτικά αποτελέσματα όσον αφορά τόσο στη συχνότητα και την ένταση των προσβολών πανικού όσο και στην έκταση των αγοραφοβικού τύπου αποφυγών. Υψηλού βαθμού λειτουργικότητα (end-state functioning) επιτεύχθηκε αμέσως μετά από το τέλος της θεραπείας από το 86% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΘΕ και από το 64% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΓΘ, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά αμέσως μετά από το πέρας της συστηματικής παρακολούθησης των ασθενών επί 6 μήνες ήταν 64% και 57%.

Μια σημαντική πτυχή της μελέτης των Bouchard et al⁴² ήταν η απόπειρα να απαντηθεί ένα σημαντικό ερώτημα που αφορά στις γνωσιακές και συμπεριφορικές θεραπείες των ασθενών με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία. *Ποια θεραπεία είναι αυτή που επιφέρει τα ταχύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στη ΔΠΑ, η θεραπεία έκθεσης ή η γνωσιακή θεραπεία;* Με μια πρώτη ματιά, ένας κλινικός θα απαντήσει ότι η θεραπεία έκθεσης πρέπει να είναι αυτή που έχει το ταχύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, συγκριτικά με τη γνωσιακή θεραπεία. Η κοινή κλινική εντύπωση υποδεικνύει ότι είναι πιο εύκολο για έναν ασθενή να μάθει να εκθέτει αποτελεσματικά τον εαυτό του σε αγοραφοβικές καταστάσεις, παρά να μάθει να εντοπίζει και να αμφισβητεί τις σχετικές δυσλειτουργικές πεποιθήσεις. Ωστόσο, στη μελέτη των Bouchard et al δεν παρατηρήθηκε σημαντικό βαθμό διαφορά μεταξύ της ΘΕ και της ΓΘ, όσον αφορά στο ρυθμό έλευσης των θεραπευτικών αλλαγών, όπως αποτυπώθηκε στον ψυχομετρικό έλεγχο που πραγματοποιούνταν ανά 5 συνεδρίες (δηλαδή σε κάθε 1/3 της θεραπείας). Από την ανάλυση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων προέκυψαν ενδείξεις ότι η κλινική βελτίωση κατέστη σημαντική σε στατιστικά σημαντικό βαθμό περίπου μετά τα 2/3 και των δύο θεραπειών και, συγκεκριμένα, μετά τη 12η συνεδρία. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα που ανέδειξε η μελέτη αυτή ήταν ότι οι δυσλειτουργικές γνώσεις που σχετίζονταν με την αγοραφοβία και τον πανικό παρουσίασαν *παρόμοια* και σημαντικού βαθμού μείωση *και με τις δύο θεραπείες* (όπως αποτυπώθηκε στις τιμές των ψυχομετρικών δοκιμασιών “agoraphobic cognitions questionnaire” και “body sensations questionnaire”).

Συμπερασματικά, από τη μελέτη των Bouchard et al⁴² προέκυψαν ενδείξεις ότι η θεραπεία έκθεσης και η γνωσιακή θεραπεία παρουσιάζουν σημαντική και παρόμοια μεταξύ τους αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία και, επιπλέον, τα θεραπευτικά αποτελέσματα καθίστανται σημαντικού βαθμού σε παρόμοιο αριθμό συνεδριών, δηλαδή μετά από

περίπου 12 συνεδρίες, διάρκειας 90 min η καθεμιά, είτε θεραπείας έκθεσης είτε γνωσιακής θεραπείας.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ ΜΕ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Ποια είναι τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα παραπάνω; Το πρώτο συμπέρασμα είναι ότι, με βάση την έρευνα που έχει διεξαχθεί έως σήμερα, προκύπτουν *ενδείξεις* ότι η γνωσιακή θεραπεία που περιλαμβάνει «συμπεριφορικά πειράματα», στα οποία ο ασθενής εκτίθεται σε αγοραφοβικές καταστάσεις με αποκλειστικό σκοπό την ανίχνευση και την αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που σχετίζονται με τις προσβολές πανικού στις καταστάσεις αυτές, είναι εξίσου αποτελεσματική με τη θεραπεία έκθεσης *in vivo* στη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού με μέτριου/σοβαρού βαθμού αγοραφοβία. Υπάρχουν επιπλέον *ενδείξεις* ότι η γνωσιακή θεραπεία, ακόμα και χωρίς αυτές τις γνωσιακά δομημένες στρατηγικές έκθεσης, πιθανόν να είναι εξίσου αποτελεσματική με τη θεραπεία έκθεσης στην αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού με μέτριου/σοβαρού βαθμού αγοραφοβία.

Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι από τις έως τώρα έρευνες προκύπτουν *ενδείξεις* ότι ο συνδυασμός της θεραπείας έκθεσης με τη γνωσιακή θεραπεία δεν επιφέρει σημαντικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα στη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της καθεμιάς από αυτές τις θεραπείες ξεχωριστά.

Από το συνδυασμό των παραπάνω συμπερασμάτων προκύπτει επιπλέον ότι η θεραπεία έκθεσης και η γνωσιακή θεραπεία είναι από μόνες τους *ικανές* να επιφέρουν σημαντικό βαθμό μείωση της συμπτωματολογίας του πανικού και της αγοραφοβίας, αλλά καμιά από αυτές δεν είναι *αναγκαία* για να επιτευχθεί αυτό το αποτέλεσμα.⁵²

Επομένως, υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να υπάρχουν δύο ανάλογης αποτελεσματικότητας θεραπείες για τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία: Θεραπεία έκθεσης και γνωσιακή θεραπεία. Τι σημαίνει αυτό για την *κλινική πράξη*; Σύμφωνα με τους Bouchard et al,⁴² αυτό σημαίνει ότι ορισμένοι θεραπευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν θεραπεία έκθεσης για την «απευθείας» αντιμετώπιση της αγοραφοβίας, ενώ άλλοι θεραπευτές μπορούν –εφόσον το προτιμούν ή έχουν καλύτερη εκπαίδευση ή και κλινική εμπειρία– να χρησιμοποιήσουν

γνωσιακή θεραπεία που θα περιλαμβάνει «συμπεριφορικά πειράματα», τα οποία θα στοχεύουν στην άμεση αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας πανικού σε αγοραφοβικές καταστάσεις, η μείωση της οποίας θα επιφέρει εμμέσως και μείωση των αγοραφοβικού τύπου συμπτωμάτων.

Αλλά –έστω και αν επιβεβαιωθεί– το γεγονός ότι διαθέτουμε δύο αποτελεσματικές ψυχοθεραπείες για τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία αποτελεί την «τελευταία λέξη» στο ζήτημα της θεραπευτικής αντιμετώπισης της διαταραχής αυτής; Η απάντηση είναι σαφώς αρνητική.

Υπενθυμίζουμε ότι το 85–90% των ασθενών με διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία παρουσιάζει κλινικά σημαντική βελτίωση με τις γνωσιακές/συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες. Όσον αφορά όμως στους ασθενείς με διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, μόνο το 60% αυτών που υποβλήθηκαν σε διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα συμπεριφορικών, γνωσιακών ή γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών παρουσίασαν σημαντικού βαθμού κλινική βελτίωση, όπως αποτυπώθηκε σε μια σειρά κλινικών μελετών (randomized clinical trials, RCTs) κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990.³⁸

Πέρα από τα παραπάνω, στην παρούσα φάση παρατηρείται ένα –κατά κάποιον τρόπο– θεωρητικό «κενό» στις γνωσιακές/συμπεριφορικές θεραπείες για τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία.⁵³ Από την κλινική πράξη είναι γνωστό ότι, ειδικά σε ασθενείς με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία (και στην κλινική πράξη ο συνδυασμός των δύο αυτών κλινικών οντοτήτων είναι εκείνος που απαντάται πιο συχνά, παρά η καθεμιά από αυτές τις διαταραχές ξεχωριστά⁵⁴), ο γνωσιακός-συμπεριφορικός θεραπευτής συνηθέστερα συνδυάζει δύο μοντέλα στο μυαλό του (και, αντίστοιχα, εισάγει τις στρατηγικές στη θεραπεία και εξοικειώνει τον ασθενή σε αυτές με δύο «σκεπτικά»): ένα γνωσιακό, που απευθύνεται στη συμπτωματολογία της διαταραχής πανικού, και ένα συμπεριφορικό, που αφορά στην αγοραφοβία. Ακόμα και οι

όροι «συστατικά της θεραπείας» (“components”) ή «πακέτο τεχνικών» (“package”), που τόσο συχνά χρησιμοποιούνται στη γνωσιακή/συμπεριφορική βιβλιογραφία για να περιγράψουν τα διαδοχικά στάδια της θεραπείας, δίνουν σε ορισμένες περιπτώσεις την εντύπωση έλλειψης ενός ενιαίου και «στερέου» θεωρητικού υπόβαθρου. Οι θεωρητικοί της συμπεριφερολογίας έχουν ήδη επιχειρήσει να καλύψουν αυτό το κενό. Πρόσφατα, οι Bouton, Mineka και Barlow¹⁰ εξέδωσαν μια πολύ σημαντική –κατά την άποψή μας– μελέτη, στην οποία παρουσιάζεται μια σύγχρονη θεωρία της αιτιολογίας της διαταραχής πανικού, από τη σκοπιά των θεωριών της μάθησης. Ανάλογη προσπάθεια να διατυπωθεί ένα μοντέλο για την αγοραφοβία από τους θεωρητικούς της γνωσιακής σχολής δεν έχει επιχειρηθεί ακόμα. Οι κοστροκτιβιστικές (constructivistic) θεωρίες για την αγοραφοβία^{55,56} θα μπορούσαν πιθανόν να καλύψουν τη θεωρητική και την κλινική αυτή αναγκαιότητα,^{57,58} αλλά εκκρεμεί ο συστηματικός εμπειρικός έλεγχος των θεωριών αυτών.

Πέρα και πάνω από τις οποιεσδήποτε θεωρητικές αναζητήσεις, υπάρχει η ανάγκη να παρέχουμε στους ασθενείς με διαταραχή πανικού με αγοραφοβία θεραπείες με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, οι οποίες θα προσφέρουν ανακούφιση από τα βασανιστικά συμπτώματα της διαταραχής αυτής και θα αποτρέπουν την κατάληξη του ασθενούς σε έναν ουσιαστικά ανάπηρο άνθρωπο. Η κλινική πράξη θα είναι ο τελικός κριτής των μελλοντικών μας προσπαθειών προς αυτή την κατεύθυνση.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τον Καθηγητή Κ.Ρ. Σολδάτο, Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, για την κριτική γνώση και το σχολιασμό του παρόντος άρθρου.

ABSTRACT

Behavioral and cognitive views on the etiology and treatment of agoraphobia

V.G. MASDRAKIS, N. VAIDAKIS

Department of Psychiatry, University of Athens, Medical School, “Eginition” Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(3):203–215

This is a brief review of the history and the current state of the behavioral and cognitive theories on the etiology and treatment of panic disorder with agoraphobia (PDA). Throughout the 1960s and 1970s, behavioral

theories focused on agoraphobia and exposure therapies were developed. Exposure-based treatments proved to markedly reduce escape and avoidance behaviors and agoraphobic distress in up to 60% of PDA patients. Nevertheless, a proportion continued to suffer from residual anxiety and panic attacks, even after the termination of therapy. In the 1980s researchers from both the biological and the cognitive fields turned their focus of attention to the phenomenon of panic. Agoraphobia soon came to be regarded as a secondary phenomenon, due to the occurrence of panic attacks, which constitute the core feature of the disorder. In panic disorder (PD) without agoraphobia, cognitive-behavioral therapies have received strong empirical support from studies carried out in various countries. The next logical step was to wonder about the efficacy of cognitive therapy treating patients with PD with moderate/severe agoraphobia. The majority of studies indicate that cognitive therapy is equally effective as exposure *in vivo* therapy in the treatment of panic disorder with moderate/severe agoraphobia, and that their combination does not seem to yield better results than each therapy alone. However, only 60% of patients with panic disorder with agoraphobia, treated in randomized clinical trials, achieved a clinically significant improvement after various forms of cognitive, behavioral and cognitive-behavioral therapies. More extensive research of the cognitive and learning mechanisms underlying the onset and maintenance of panic and agoraphobic symptoms is needed, in order to develop more sophisticated cognitive/behavioral treatment methods.

Key words: Agoraphobia, Behavioral therapy, Cognitive therapy, Panic disorder

Βιβλιογραφία

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
2. SADOCK BJ, SADOCK VA. Panic disorder and agoraphobia. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds) *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2003:599–609
3. CRASKE MG, BARLOW DH. A review of the relationship between panic and avoidance. *Clin Psychol Rev* 1988, 8:667–685
4. LANDON MT, BARLOW DH. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Current status. *J Psychiatric Practice* 2004, 10:211–226
5. MICHELSON L, MARCHIONE K. Behavioral, cognitive and pharmacologic treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *J Consult Clin Psychol* 1991, 159:100–114
6. WILLIAMS SL, FALBO J. Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behav Res Ther* 1996, 34:253–264
7. ARNTZ A. Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behav Res Ther* 2002, 40:325–341
8. MARKS IM. *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. Oxford University Press, New York, 1987
9. ÖHMANN A, SOARES JFF. "Unconscious" anxiety: Phobic responses to masked stimuli. *J Abnorm Psychol* 1994, 103:231–240
10. BOUTON ME, MINEKA S, BARLOW DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev* 2001, 108:4–32
11. BECK AT, EMERY G, GREENBERG RL. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books, New York, 1985
12. CLARK DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986, 24:461–470
13. MOWRER OH. *Learning theory and behaviour*. Wiley, New York, 1960
14. HAWTON K, SALKOVSKIS PM, KIRK J, CLARK DM. The development and principles of cognitive-behavioural treatments. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (eds) *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University Press, New York, 1989:1–12
15. ΜΠΟΥΛΟΥΓΟΥΡΗΣ Γ. Φοβία και μάθηση. Στο: Μπουλουγούρης Γ (Συντ.) *Φοβίες και η αντιμετώπισή τους*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996:46–76
16. ΡΑΜΠΑΒΙΛΑΣ Α, ΒΑΪΔΑΚΗΣ Ν. Ψυχοπαθγένεια της διαταραχής πανικού: Συμπεριφορική προσέγγιση. Στο: Σολδάτος Κ (Συντ.) *Διαταραχή πανικού*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο. Εκδόσεις «Σελίδα», Αθήνα, 1997:129–138
17. KLEIN DF. Anxiety reconceptualized. *Compr Psychiatry* 1980, 21:411–427
18. KLEIN DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:306–317
19. BARLOW DH. *Anxiety and its disorders*. Guilford Press, New York, 1988
20. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed revisited. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987
21. BARLOW DH, CERNY JA. *Psychological treatment of panic*. Guilford Press, New York, 1988
22. CLARK DM. Anxiety states. Panic and generalized anxiety. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (eds) *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University Press, New York, 1989:52–96

23. CLARK DM, SALKOVSKIS PM, HACKMANN A, MIDDLETON H, ANASTASIADIS P, GELDER M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1994, 164:759–769
24. OTTO MW, WHITTAL ML. Cognitive-behavior therapy and the longitudinal course of panic disorder. In: Anxiety disorders: Longitudinal course and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1995, 18:803–819
25. ΒΑΪΔΑΚΗΣ Ν, ΡΑΜΠΑΒΙΛΑΣ Α. Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού. Στο: Σολδάτος Κ (Συντ.) *Διαταραχή πανικού*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο. Εκδόσεις «Σελίδα», Αθήνα, 1997:163–170
26. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γνωσιακή θεραπεία διαταραχής πανικού. Στο: Σολδάτος Κ (Συντ.) *Διαταραχή πανικού*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο. Εκδόσεις «Σελίδα», Αθήνα, 1997:171–186
27. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι, ΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΗΣ Α, ΚΟΝΤΟΥ Φ. Γνωσιακή θεώρηση της αιτιοπαθογένειας της διαταραχής πανικού. Στο: Σολδάτος Κ (Συντ.) *Διαταραχή πανικού*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο. Εκδόσεις «Σελίδα», Αθήνα, 1997:139–154
28. BARLOW DH, GORMAN JM, SHEAR MK, WOODS SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. *JAMA* 2000, 283:2529–2536
29. BARLOW DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd ed. Guilford Press, New York, 2002
30. WOLPE J, ROWAN VC. Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behav Res Ther* 1988, 26:441–450
31. SALKOVSKIS PM, CLARK DM, HACKMANN A, WELLS A, GELDER MG. An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1999, 37:559–574
32. ÖST LG. Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1987, 25:397–409
33. ÖST LG. A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1989, 27:123–130
34. ÖST LG, WESTLING BE. Applied relaxation vs cognitive-behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behav Res Ther* 1995, 33:145–158
35. MARGRAF J, BARLOW DH, CLARK DM, TELCH MJ. Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behav Res Ther* 1993, 31:1–8
36. CLARK DM. Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behav Res Ther* 1999, 37:S5–S27
37. BUTLER AC, CHAPMAN JE, FORMAN EM, BECK AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006, 26:17–31
38. ÖST LG, THULIN U, RAMNERÖ J. Cognitive behavior therapy vs exposure *in vivo* in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 2004, 42:1105–1127
39. CRASKE MG, DeCOLA JP, SACHS AD, PONTILLO DC. Panic control treatment for agoraphobia. *J Anxiety Disord* 2003, 17:321–333
40. SALKOVSKIS PM, CLARK DM, GELDER MG. Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behav Res Ther* 1996, 34:453–458
41. BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G. *Cognitive therapy for depression*. Guilford Press, New York, 1979
42. BOUCHARD S, GAUTHIER J, LABERGE B, FRENCH D, PELLETIER MH, GODBOUT C. Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1996, 34:213–224
43. ΡΑΡΑΚΟΣΤΑΣ ΥΓ, ΜΑΣΔΡΑΚΗΣ ΒΓ, ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΓΝ. “Behavioral experimentation” and the treatment of phobias (commentary). In: WPA Series-Evidence and Experience in Psychiatry: “Phobias”. Vol 7. J Willey & Sons, New York, 2003:223–225
44. BECK AT. The current state of cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:953–959
45. BECK AT, WEISHAAR M. Cognitive therapy. In: Freeman A, Simon KM, Beutler LE, Arkowitz H (eds) *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Plenum Press, New York, 1989:21–36
46. ALFORD BA, BECK AT. Panic disorder: The convergence of conditioning and cognitive models. In: Alford BA, Beck AT (eds) *The integrative power of cognitive therapy*. Guilford Press, New York, 1997:115–136
47. ÖST LG, WESTLING BE, HELLSTRÖM K. Applied relaxation, exposure *in vivo* and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1993, 31:383–394
48. VAN DEN HOUT M, ARNTZ A, HOEKSTRA R. Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behav Res Ther* 1994, 32:447–451
49. HOFFART A. A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behav Res Ther* 1995, 33:423–434
50. MICHELSON LK, MARCHIONE KE, GREENWALD M, TESTA S, MARCHIONE NJ. A comparative outcome and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: The relative efficacy of cognitive therapy, relaxation training and therapist-assisted exposure. *J Anxiety Disord* 1996, 10:297–330
51. BURKE M, DRUMMOND LM, JOHNSTON DW. Treatment choice for agoraphobic women: Exposure or cognitive-behavior therapy? *Br J Clin Psychol* 1997, 36:409–420
52. MARKS I, DAR R. Fear reduction by psychotherapies: Recent findings, future directions. *Br J Psychiatry* 2000, 176:507–511
53. ΜΑΣΔΡΑΚΗΣ Β. Behavioural and cognitive views for the etiology and treatment of agoraphobia. XXXV Annual Congress of the European Association of Behavioural and Cognitive Therapies, Thessaloniki, 2005:63, Book of Abstracts
54. ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS CLINICAL PRACTICE GUIDELINES TEAM FOR PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry* 2003, 37:641–656

55. GUIDANO VF, LIOTTI G. Agoraphobia and related multiple phobias. In: Guidanno VF, Liotti G (eds) *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Press, New York, 1983
56. LIOTTI G, GUIDANO V. Behavioural analysis of marital interaction in agoraphobic male patients. *Behav Res Ther* 1976, 14:161–162
57. LIOSSI A. A constructivistic model for agoraphobia. XXXV Annual Congress of the European Association of Behavioural and Cognitive Therapies, Thessaloniki, 2005:63, Book of Abstracts
58. PEHLIVANIDIS A, PAPAΚOSTA VM. An empirical investigation of a constructivistic model for agoraphobia. XXXV Annual Congress of the European Association of Behavioural and Cognitive Therapies, Thessaloniki, 2005:64, Book of Abstracts

Corresponding author:

V.G. Masdrakis, Department of Psychiatry, University of Athens, Medical School, "Eginition" Hospital, 74 Vassilisis Sofias Ave., GR-115 28 Athens, Greece
e-mail: vmasdrakis@med.uoa.gr

