A Multi-dimensional Model for the Treatment of Panic Disorder: a group cognitive behavioral intervention

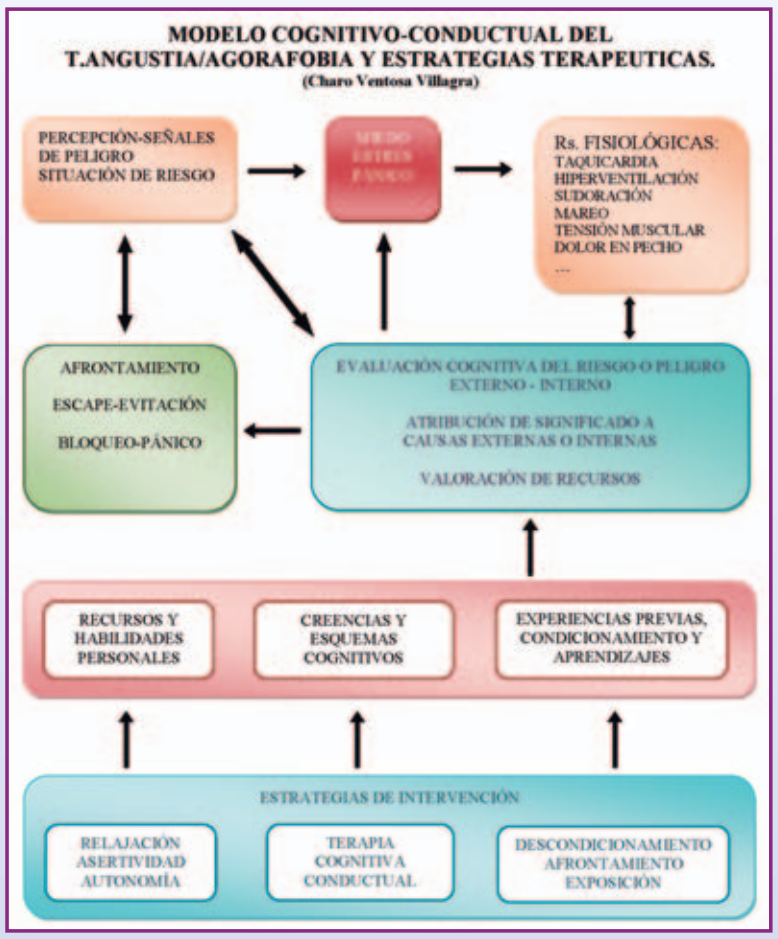
Ventosa Villagra, M.R.[1] and Navas Alcalá, M.D.[2]

Institut de Neuropsiquiatría i Adiccions. Community Mental Health Center-Adults "Martí i Julià". Consorci Parc de Salut Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

The evolution of explanatory and predictive models of Panic Disorder (PD) with research findings in the last three decades (Casey and Newcombe, 2004; Fentz and al., 2013; Porter and Chambless, 2015) highlights the need for new models of treatment interventions. According to the available research, the model of panic prediction and panic severity includes other vulnerability factors and intermediate variables, besides catastrophic cognitions, such as anxiety sensitivity, positive cognitions or self-confidence, self-efficacy skills, sense of emotional control and previous learning experiences (Sandin and al., 2015). **The aim** of the present study is to take into account these relevant variables, and include them on a multi-dimensional model of treatment, based on four basic components: (a) modification of catastrophic misinterpretations (CBT), (b) learning of new behavioral and cognitive skills to cope with symptoms, (c) learning and practice of new physiological responses to control bodily sensations and intense negative emotions, and (d) social support and positive reinforcement by the group.

Figura 1. Modelo Multidimensional del Pánico y Técnicas de Intervención.



MÉTODO

Se describen los componentes del modelo a nivel cognitivo, conductual, físio-emocional y social, incluyendo el contexto y las experiencias de aprendizaje (**Fig. 1**)

Participantes. Se ha trabajado con una muestra de 44 sujetos, todos derivados de la Asistencia Primaria de Salud, con diagnóstico principal de Trastorno de Pánico (PD) con o sin Agorafobia (valorado en entrevista semi-estructurada, según criterios DSM IV-R). Se excluyó la Agorafobia Crónica con Trastorno de Pánico y el PD con TP. Los 44 Ss participaron, por orden de llegada desde 2013 a 2016, en un tratamiento cognitivo-conductual grupal o individual (TCG vs TCI), con las mismas terapeutas del CSMA. Del total, 19 Ss completaron el TCG y 16 Ss el TCI, 2 abandonaron y 7 no cumplieron el requisito mínimo de asistencia al 60% de las sesiones. La diferencia entre ambos tratamientos estaba en la práctica y adquisición de habilidades realizada en grupo (SR+ social). Todos los sujetos completaron medidas pre-post intervención de ansiedad rasgo y estado (STAI-R, STAI-E), síntomas de pánico (PASQ), cogniciones catastróficas del pánico (PACQ) y Severidad del Pánico (PDSS). La media de edad era de 30 años, el tiempo de evolución de 1 año y 7 meses, media de 10 sesiones asistidas, el 65,9% eran mujeres, el 45,5% presentaban conductas de evitación agorafóbica.

Análisis Estadístico. Se repitieron correlaciones de Spearman entre todas las variables dependientes e independientes y se compararon las diferencias de medias de las puntuaciones pre-post intervención en ambos grupos: TCG y TCI, utilizando las pruebas no paramétricas de Wilcoxon y la U de Mann-Whitney.

Tratamiento. Se realizaron 3 grupos consecutivos de TCG con una media de 10 sesiones de dos horas semanales, que completaron 19 de los 21 Ss. El TCI, con media de 10 sesiones, lo completaron 16 de los 23 sujetos asignados, el 69,5%.

Ambos tratamientos incluían psico-educación sobre el condicionamiento del pánico, análisis cognitivo-conductual con restructuración cognitiva y exposición. El tratamiento grupal (TCG) incorporaba además aprendizaje en grupo de habilidades asertivas, afrontamiento de problemas y sesiones de relajación con técnicas de mindfulness, siguiendo el modelo multidimensional que presentamos (Fig. 1). La diferencia estaba en la práctica y adquisición de habilidades realizada en grupo, en el contexto de aprendizaje y refuerzo social, con el objetivo de incrementar los recursos y sensación de auto-eficacia de los sujetos.

RESULTADOS

1. Los dos grupos no presentaban diferencias significativas en las medias pre-tratamiento en las variables dependientes de ansiedad, cogniciones catastróficas y severidad del pánico. La única variable con diferencias significativas ($p < .05$) fueron los síntomas del pánico, con una puntuación más elevada en el grupo TCG que en el GTI (**Gráfico 1**).
2. La diferencia de medias en las puntuaciones pre-post de todas las variables evaluadas fue significativa tanto en la TCG como en la TCI ($p \leq .01$), siendo ambos tratamientos eficaces en la reducción del PD.
3. Comparando la diferencia de medias de los resultados post-intervención en ambos grupos, encontramos una reducción significativamente superior en la severidad del pánico con el tratamiento Cognitivo Conductual Grupal Multimodal, a pesar de que las cogniciones catastróficas se redujeron por igual en ambos grupos, sin presentar diferencias significativas en la evaluación post-intervención (**Gráficos 2 y 3**).

Gráfico 1. Síntomas de Pánico (PASQ) Pre-Post en TGI y TCI

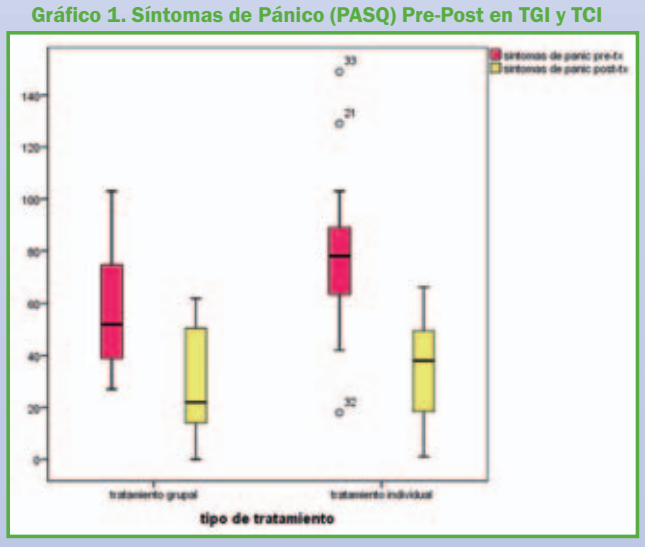


Gráfico 2. Cogniciones del Pánico (PACQ) Pre-Post en TCG y TCI

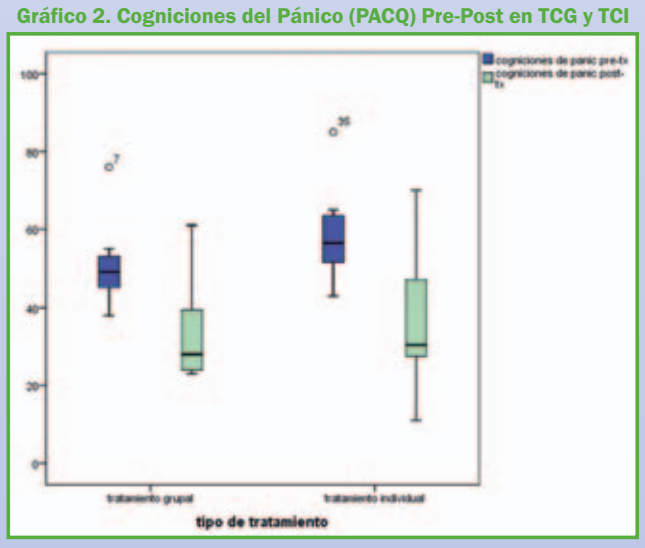
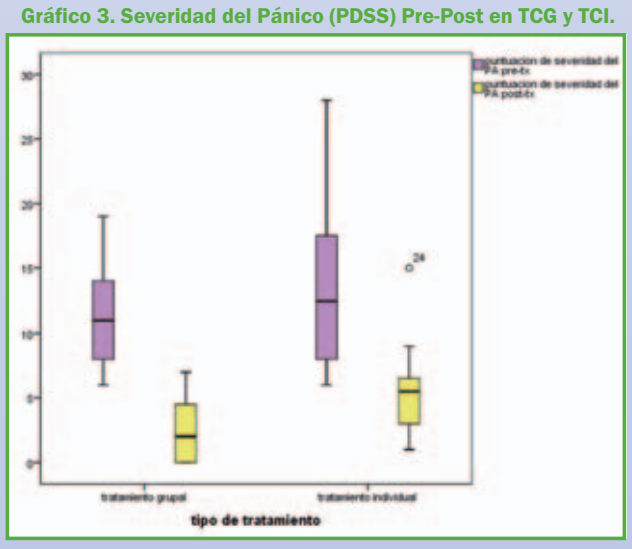


Gráfico 3. Severidad del Pánico (PDSS) Pre-Post en TCG y TCI.



CONCLUSIONES

1. Both treatments (TCG y TCI) have a similar effect in the reduction of catastrophic cognitions associated to PD. Nevertheless, panic severity, with similar previous levels in both groups, had a significant lower score post-intervention in the TCGroup. This finding supports the hypothesis thatother variables, such as social learning and self-eficacy skills, are relevant in PD/A explanation (Fentz, 2013, Sandin, 2015), and the need to consider the inclusion of related tecniques in the implementation of CBT for PD/A.
2. Group cognitive behavior therapy for PD allows to participants the social learning of new cognitive, physiological and behavioral skills which in turn enhance self-efficacy and coping.
3. TCG improves the relationship cost-benefit efficacy of treatments: 19 patiens improved significatively more (PDSS) with 60 hs of group treatment than 16 patiens with 160 hs.

BIBLIOGRAFÍA

- Casey LM, OEI TP, Newcombe, PA. An integrated cognitive model of panic disorder: the role of positive and negative cognitions. Clin Psychol Rev. 2004 Sep; 24 (5): 529-55.
- Fentz HN, Hoffart A, Jensen MB, Arendt M, O´Toole MS, Rosenberg NK, Hougaard E. Mechanisms of change in cognitive behavior therapy for panic disorder: the role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. Behav Res Ther. 2013 Sep; 51 (9): 579-87.
- Porter E, Chamblerss DL. A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. Clin Psychol Rev. 2015 Dec; 42: 179-92.
- Sandin B., Sánchez-Arribas, C., Chorot P., Valiente R.M. Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: towards a tripartite cognitive model of panic disorder. Behav Res Ther. 2015 Apr; 67: 30-40.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona