

Läkemedel, kognitiv psykoterapi eller båda vid behandling av paniksyndrom?

Patienter med paniksyndrom plågas av paroxysmal ångest som inte sällan kommer oväntat. Attackerna är mycket obehagliga; patienterna tolkar ofta symtomen som pågående hjärtinfarkt eller som att de håller på att bli galna. På sikt leder ofta attackerna till rädsla för, och undvikande av, platser där det kan vara svårt att få hjälp – agorafobi.

Klein & Fink [1] beskrev 1962 den positiva effekten av det tricykliska medlet imipramin på panikattacker och detta har förblivit gängse farmakologisk behandling i USA. Imipramin har både noradrenerg och serotonerg effekt, men det är den sistnämnda som har terapeutisk verkan på panikattacker; det vore därför ändamålsenligt att använda ett mer selektivt serotonergt medel. I Göteborg 1992 visade Modigh och medarbetare [2] mycket riktigt att det serotoninselektiva medlet klomipramin har bättre effekt än imipramin; klomipramin har sedan dess varit förstahandsvalet vid farmakoterapi av paniksyndrom i Sverige.

Kognitiv beteendeterapi alternativt behandlingsmetod

Insiktsorienterad dynamisk psykoterapi har ingen visad effekt på paniksyndrom, men kognitiv beteendeterapi (KBT) utgör en alternativ behandlingsmetod. Det kognitiva inslaget syftar till att hjälpa patienten att omstrukturera sin uppfattning av ångestsymtomen, medan beteendekomponenten utgör någon form av exposition, dvs patienten får utsätta sig för den ångestgenererande situationen i gradvis ökad dos.

Det har gjorts jämförande studier mellan KBT, läkemedelsbehandling och kombinationen av dessa två. Dessa undersökningar har dock kritiserats aningen för att de gjorts av forskare som favoriserat KBT och misskött läkemedelsbehandlingen eller vice versa. I en

nyligen publicerad studie sökte man kringgå detta problem genom att begagna sig av två centra: ett med företrädare för den farmakoterapeutiska skolan, ett med företrädare för den kognitiva psykoterapin. Intressant nog fann man inga skillnader i resultat mellan dessa två centra [3].

Man delade upp 312 patienter med paniksyndrom (men med måttlig eller ingen agorafobi) i fem grupper: KBT, imipramin, placebo, KBT + imipramin och KBT + placebo. Under den tolv veckor långa akutfasen erhöll patienterna elva psykoterapisessioner eller »läkemedelsbesök»; de som erhöll kombinationsbehandlingen uthärdade således elva besök hos psykoterapeuten och elva besök hos farmakoterapeuten – en häftig dos kan man tycka. De som responderade fortsatte med underhållsbehandling under sex månader och följdes därefter upp ett halvår efter avslutad behandling.

Ehuru resultaten visade att andelen som responderade på kognitiv beteendeterapi och imipramin var lika stor och signifikant skild från placebo, var kvaliteten i behandlingseffekt högre i imipramingruppen. Med andra ord, av dem som svarade på behandling med KBT eller imipramin, responderade patienterna i imipramingruppen mer fullständigt än patienterna i KBT-gruppen. Å andra sidan, vid uppföljning efter avslutad behandling var det endast de patienter som erhöll KBT (4 procent återfall) som återföll mer sällan än placebo (25 procent återfall). I akutfasen var KBT + imipramin inte bättre än KBT + placebo, men mot slutet av underhållsfasen var kombinationsbehandlingen bättre än både KBT och KBT + placebo. Märkligt nog förhindrade inte tillägg av kognitiv beteendeterapi till läkemedel återfall, tvärtom hade kombinationsgruppen den högsta frekvensen återfall efter behandling.

Kommentar

Det finns ett par svagheter med denna studie. För det första använder man sig av imipramin, vilket är naturligt i USA, men det hade varit spännande att se effekten av det mer potenta klomipramin. För det andra var man noga med att inte ge patienterna i läkeme-

delsgrupperna (placebo eller imipramin) någon som helst information om vad ångest är eller hjälpa patienter till alternativa tolkningar av ångest. Man behöver ju knappast vara utbildad psykoterapeut för att bemöta patientens farhågor och förklara vad ångest beror på. Genom detta förfarande har forskarna renodlat effekten av läkemedelsbehandlingen men samtidigt fjärrmat sig från den naturalistiska situationen där läkaren självklart förklarar och lugnar.

Klinisk praxis ej självklar

Hur resultaten skall översättas i klinisk praxis är inte självklart. Å ena sidan gav läkemedelsbehandling bättre effekt än KBT; författarna påpekar dessutom att man möjligen underskattat läkemedelseffekten på grund av metodologiska tillkortakommanden. Å andra sidan gav KBT en bestående effekt som läkemedelsterapi helt saknade; men bara om man inte hade kombinerat med läkemedel för då blev återfallsfrekvensen högre!

Slutsatsen blir väl att eftersom utbudet av utbildade kognitiva beteendeterapeuter är begränsat bör KBT ges till dem som inte fördrar läkemedelsbehandling eller i förebyggande syfte när farmakoterapi ser ut att bli långvarig.

Referens

1. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 1962; 119: 432-8.
2. Modigh K, Westberg P, Eriksson E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 1992 Aug; 12(4): 251-61.
3. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000 May 17; 283(19): 2529-36.

Författare

MIKAEL LANDÉN

med dr, specialistläkare, sektionen för psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/ Mölndal.

E-post: mikael.landén@neuro.gu.se