

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
KOGNITIVNO-VEDENJSKI IN PSIHODINAMIČNI
VIDIK PANIČNE MOTNJE

MAJA JERMAN

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Kognitivno-vedenjski in psihodinamični vidik panične motnje

(Cognitive-behavioural and psychodynamic aspect of panic disorder)

Ime in priimek: Maja Jerman
Studijski program: Biopsihologija
Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, avgust 2013

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Maja JERMAN

Naslov zaključne naloge: Kognitivno-vedenjski in psihodinamični vidik
panične motnje

Kraj: Koper

Leto: 2013

Število listov: 49

Število slik: 4

Število tabel: 0

Število prilog: 0

Št. strani prilog: 0

Število referenc: 57

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

UDK:

Ključne besede: panična motnja, kognitivno-vedenjska terapija, psihodinamična
psihoterapija, primerjava.

Izvleček:

V zaključni nalogi je podrobneje obravnavana panična motnja skupaj z njenimi kognitivno-vedenjskimi in psihodinamičnimi vzroki. Znotraj kognitivno-vedenjske etiologije sta razložena kognitivni model panike in pogled vedenjskih teoretikov na nastanek panične motnje s pogojevanjem, znotraj psihodinamične etiologije pa je razložen psihodinamični model panične motnje. V nadaljevanju je opisano zdravljenje s kognitivno-vedenjsko terapijo in psihodinamično psihoterapijo, sledi pa primerjava obeh psihoterapevtskih pristopov. V primerjavi so bile ugotovljene tako razlike kot podobnosti. Značilne so razlike v obeh teorijah, iz katerih izhajata psihoterapevtska pristopa, v načinu zdravljenja panične motnje, v trajanju zdravljenja, različni so cilji obeh psihoterapevtskih pristopov in oba psihoterapevtska pristopa sta različno zastopana v številu raziskav o učinkovitosti njunih zdravljenj panične motnje. Podobnosti pa so se pokazale v osredotočanju obeh psihoterapevtskih pristopov na preteklost.

Key words documentation

Name and SURNAME: Maja JERMAN

Title of the final project paper: Cognitive-behavioural and psychodynamic aspect of panic disorder

Place: Koper

Year: 2013

Number of pages: 49

Number of figures: 4

Number of tables: 0

Number of appendix: 0

Number of appendix pages: 0

Number of references: 57

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

UDK:

Keywords: panic disorder, cognitive-behavioural therapy, psychodynamic psychotherapy, comparison.

Abstract:

In dissertation is written in detail about panic disorder and its cognitive-behavioural and psychodynamic causes. It is explained cognitive model of panic disorder and aspect of behavioural theorists on the development of of panic disorder within cognitive-behavioural etiology and psychodynamic model of panic disorder within psychodynamic etiology. The following describes the treatment of cognitive-behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy, followed by a comparison of both psychotherapeutic approaches. There were found differences as well as similarities in comparison. There were significant differences in both theories from which psychotherapeutic approaches arise, the method of treatment of panic disorder, the duration of treatment, the different objectives of both psychotherapeutic approaches and both psychotherapeutic approaches are represented in a number of different research the effectiveness of their treatment of panic disorder. The similarities were found in the focus of both psychotherapeutic approaches of the past.

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju doc. dr. Gregorju Žvelcu za usmerjanje, pomoč in nasvete pri pisanju zaključnega dela, ki jih je bil pripravljen deliti z mano tudi v času svojega dopusta.

Posebna zahvala gre tudi mojim staršem in sestri za spodbudo tekom študija in v času pisanja zaključne naloge ter polno drobnih malenkosti, ki so mi ogromno pomenile in močno olajšale izpolnjevanje študijskih obveznosti. Zahvaljujem se tudi Petri za spodbudne besede ob pravem času in pomoč pri tehničnih zahtevah zaključne naloge, Ani za pozitivne misli v stresnih obdobjih ter Nini in Anji za pomoč pri slovnični dilemi.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
2 ANKSIOZNE MOTNJE	3
2.1 Simptomi anksioznih motenj	3
2.2 Vzroki anksioznih motenj	5
2.3 Oblike anksioznih motenj	6
3 PANIČNA MOTNJA	7
3.1 Simptomi panične motnje	8
3.2 Klasifikacija v MKB-10	10
3.3 Epidemiologija	10
4 VZROKI PANIČNE MOTNJE.....	12
4.1 Kognitivna in vedenjska teorija panične motnje	13
4.1.1 Kognitivna teorija panične motnje	13
4.1.2 Vedenjska teorija panične motnje.....	15
4.1.3. Kognitivno-vedenjski model panične motnje in agorafobije.....	15
4.2 Psihodinamična teorija panične motnje	18
4.2.1 Psihodinamični model panične motnje	18
5 ZDRAVLJENJE PANIČNE MOTNJE.....	23
5.1 Metode zdravljenja.....	23
5.1.1 Kognitivno-vedenjska terapija	24
5.1.2 Psihodinamična psihoterapija	33
6 SKLEP	36
7 VIRI	39

KAZALO SLIK

<i>Slika 1</i> Simptomi anksioznih motenj (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).	4
<i>Slika 2</i> Kognitivno-vedenjski model panične motnje in agorafobije (povzeto po Leahy, Holland in McGinn, 2012, 149).	17
<i>Slika 3</i> Psihodinamični model panične motnje (povzeto po Shear idr., 1993).	20
<i>Slika 4</i> Dnevnik beleženja disfunkcionalnih misli (prirejeno po Pastirk, 2004).	29

1 UVOD

Panična motnja je duševna motnja, ki je tekom časa spreminjala imena za skupek simptomov, ki jo opisujejo. Zanje so značilni ponavljajoči se panični napadi, med katerimi oseba doživlja intenziven strah. Obstaja več različnih etioloških razlag panične motnje, med njimi pa imajo najdaljšo zgodovino psihoanalitične teorije, nato jim sledijo kognitivno-vedenjske in nevrobiološke teorije. Danes prevladujejo integrativni etiološki modeli, pojavlja pa se tudi vedno več sodobnih psihodinamičnih in nevropsihoanalitičnih teorij (Erić, 2010).

V zadnjem obdobju sem spoznala dve osebi, ki se vsaka na drugačen način spopadata s panično motnjo, kar me je spodbudilo k bolj podrobnemu raziskovanju omenjene motnje. Panična motnja že sama po sebi pomembno vpliva na vsakodnevno delovanje osebe in zmanjšuje kvaliteto njenega življenja, hkrati pa otežujočo situacijo poslabšuje še stigmatizacija.

Želim si, da bi moja zaključna naloga o panični motnji prispevala k večji ozaveščenosti o njenih vzrokih in možnostih zdravljenja med osebami s panično motnjo in med splošno javnostjo in na ta način pripomogla k zmanjšanju stigmatizacije oseb z omenjeno motnjo. Kakor pravijo, bojimo se tistega, česar ne poznamo. Zatorej v nadaljevanju vabljeni k spoznavanju panične motnje.

Namen zaključne naloge je na podlagi pregleda literature predstaviti panično motnjo, ugotoviti kognitivno-vedenjske in psihodinamične vzroke zanjo, opisati zdravljenje panične motnje s kognitivno-vedenjsko terapijo in psihodinamično psihoterapijo in primerjati oba psihoterapevtska pristopa med seboj.

V zaključni nalogi so zastavljeni naslednji cilji:

- Pojasniti pojem anksioznosti, predstaviti simptomatsko izražanje anksioznosti, razmejiti njen pomen v stresnih situacijah in situacijah, ki za osebo niso stresne in se seznaniti s prisotnostjo anksioznosti pri ostalih duševnih motnjah.
- Opredeliti panično motnjo znotraj nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj, opisati njeno simptomatsko izražanje, ugotoviti več dejavnikov, ki vplivajo na njen nastanek in preučiti njene kognitivno-vedenjske in psihodinamične vzroke.
- Predstaviti različne vrste zdravljenja panične motnje, opisati zdravljenje s kognitivno-vedenjsko in psihodinamično psihoterapijo, predstaviti tehnike kognitivno-vedenjske terapije in faze psihodinamične psihoterapije pri zdravljenju

panične motnje, preveriti raziskave o učinkovitosti obeh psihoterapevtskih pristopov in med seboj primerjati oba psihoterapevtska pristopa.

2 ANKSIOZNE MOTNJE

»Anksioznost je usklajen spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odgovor na dejansko ali na grozečo nevarnost.« (Kocmur, 1999, str. 230). Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) pa anksioznost opisujejo kot neprijetno čustvo, za katerega so značilne telesne in vedenjske spremembe, ki so podobne tistim, ki jih doživljamo ob stresu.

Anksioznost še ne pomeni nujno duševne motnje, saj je vsakdanja in uporabna, ko jo povzroči konkretni vzrok, ko doseže pravo stopnjo in traja ravno pravi čas. O duševnih motnjah pa govorimo, ko anksioznost doseže veliko intenziteto ali pa traja predolgo (Kocmur, 1999). Če anksioznost vpliva na vsakodnevno delovanje osebe, če jo oseba doživlja tudi ko je nevarnost mimo, če oseba anksioznosti ne more nadzorovati oziroma anksioznost nadzoruje njo, potem gre za anksiozno motnjo (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Anksiozne motnje spadajo med najbolj pogoste duševne probleme. Večina anksioznih motenj je v večji meri zastopana pri ženskah kot pri moških. Pri večini oseb z anksiozno motnjo se hkrati pojavlja neka druga anksiozna motnja, depresivna motnja, zloraba ali odvisnost od alkohola in drugih psihoaktivnih substanc in osebnostne motnje (Antony in Swinson, 1996).

Dejavniki tveganja za anksiozno motnjo so hude zlorabe, duševna motnja staršev, določeno starševsko vedenje (npr. preveč zaščitniško vedenje) in družinska zgodovina anksioznih motenj (Antony in Swinson, 1996).

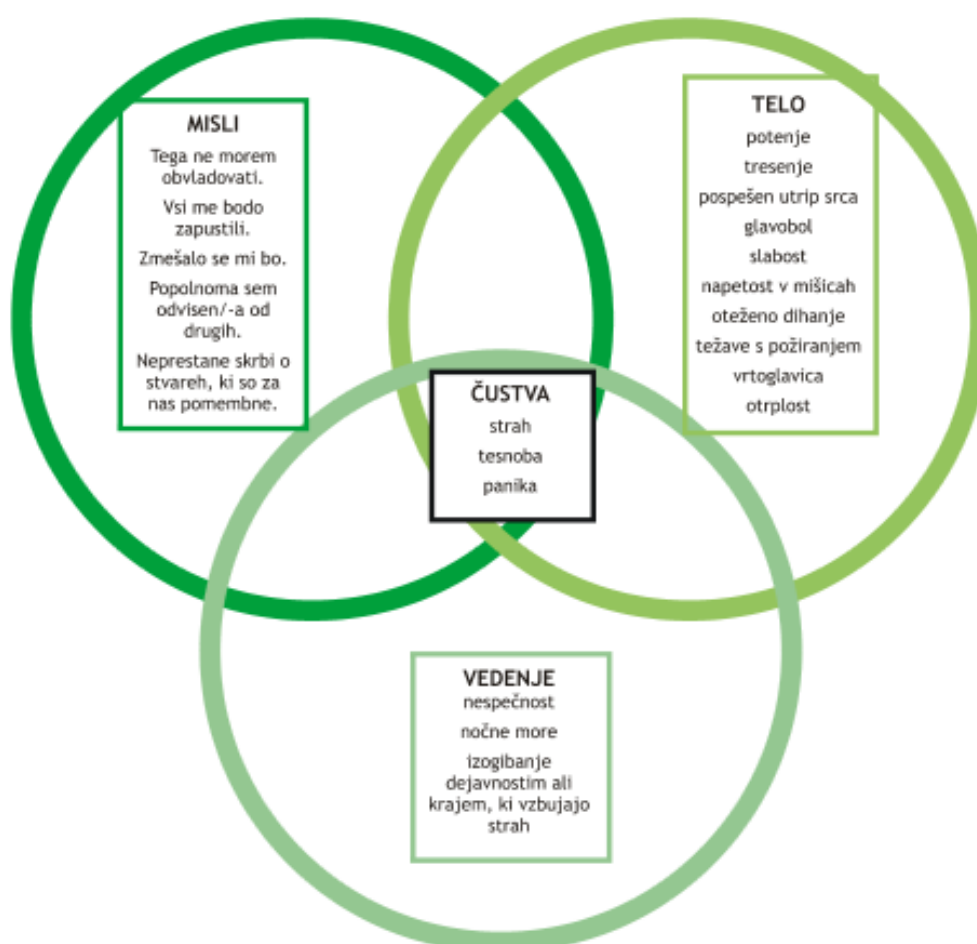
2.1 Simptomi anksioznih motenj

Kocmur (1999) piše, da je simptomov anksioznosti veliko in da so ponavadi somatoformnega značaja, kar pomeni, da telesni znaki niso skladni s patofiziologijo in običajno nimajo organskega nevrološkega vzroka. Navaja prisotnost naslednjih simptomov:

- razbijanje srca (palpitacije),
- prsne bolečine,
- plitko dihanje,
- cmok v grlu,
- vrtoglavica, motnje ravnotežja in omotica,
- trebušne bolečine in slabost,
- bolečine v medenici ali genitalijah,

- tiščanje na vodo,
- motnje v spolnosti,
- mišične bolečine,
- tremor,
- potenje,
- parestezije,
- utrujenost,
- glavobol.

Pomembno je, da oseba pozna simptome anksioznosti, saj se na ta način zmanjša možnost, da bo oseba telesne simptome zamenjala za srčni napad ali jih pripisala kakšnemu drugemu vzroku (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006). Spodnja slika prikazuje simptome anksioznosti, ki so jih avtorice razdelile v štiri skupine, in se med seboj prepletajo.



Slika 1 Simptomi anksioznih motenj (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006, str. 40).

2.2 Vzroki anksioznih motenj

Na razvoj anksioznih motenj vpliva preplet različnih dejavnikov (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006):

1. Spodaj naštetih dejavnikov povzročijo, da je oseba bolj dovzetna za razvoj anksioznih motenj. Prisotni so že nekaj časa pred razvojem motnje.

- Anksiozne motnje v družini,
- prirojena nagnjenost k anksioznosti,
- nekatere osebnostne lastnosti (perfekcionizem, želja in potreba po obvladovanju položaja, velika potreba po varnosti, nagnjenost k pripisovanju manjše vrednosti svojim sposobnostim reševanja problemov).

2. Spodaj naštetih dejavnikov sprožijo anksiozne motnje in se pojavijo tik pred pojavom anksioznosti.

- Neprijetni dogodki,
- zdravstvene težave,
- izgube (smrt bližnjih, prometna nesreča, ločitev, denarne težave, brezposelnost),
- osamljenost.

3. Spodaj naštetih dejavnikov vzdržujejo anksiozne motnje in so včasih prisotni že nekaj časa pred razvojem motnje ali pa se pojavijo tik pred pojavom anksioznosti.

- Nezaupanje vase,
- nezaupanje v rešitev težave,
- težave v medosebnih odnosih,
- nesporazumi v službi,
- drugo.

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) še dodajajo, da je pomembno usmerjanje moči v tiste dejavnike, ki dopuščajo možnosti za izboljšanje in kjer lahko oseba s svojim prizadevanjem doseže največje kakovostne spremembe.

2.3 Oblike anksioznih motenj

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (IVZ, 1995) anksiozne motnje uvršča v skupino nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj. Vanjo spadajo:

- fobične anksiozne motnje (agorafobija, socialne fobije, specifične fobije in druge fobične anksiozne motnje),
- druge anksiozne motnje (panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, mešana anksiozna in depresivna motnja, druge mešane in specializirane anksiozne motnje),
- obsesivno-kompulzivna motnja (pretežno obsesivne misli ali ruminacije, pretežno kompulzivna dejanja ali obsesivni obredi, mešane obsesivne misli in dejanja, druge obsesivno-kompulzivne motnje),
- reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (akutna stresna reakcija, posttravmatska stresna motnja, prilagoditvena motnja),
- disociativne (konverzivne) motnje (disociativna amnezija, disociativna fuga, disociativni stupor, stanja transa in motnje obsedenosti, disociativne motorične motnje, disociativne konvulzije, disociativna anestezija in izguba senzibilnosti, mešane in druge disociativne (konverzivne) motnje),
- somatoformne motnje (somatizacijska motnja, nediferencirana somatoformna motnja, hipohondrična motnja, somatoformna avtonomna disfunkcija, trajna somatoformna bolečinska motnja in druge somatoformne motnje),
- druge nevrotske motnje (nevrastenija, sindrom depersonalizacije-derealizacije, druge opredeljene in neopredeljene nevrotske motnje).

3 PANIČNA MOTNJA

»Zamislite si trenutek, ko ste se v življenju najbolj ustrašili. Približno tako se počuti človek med paničnim napadom, le da so vsi občutki še veliko bolj intenzivni in da ne ve, zakaj se mu to dogaja.« (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006, str. 37).

Erić (2010) panično motnjo opisuje kot obliko strahu, ki nima vzroka v obstoju telesnih obolenj niti delovanju psihoaktivnih substanc in za katero so značilni panični napadi. Omenja, da se napadi panike ponavljajo, med njimi pa je prisoten intenziven in onesposobljujoč strah pred naslednjim paničnim napadom, medtem ko Kocmur (1999) navaja kot poglavitno značilnost panične motnje doživljanje anksioznosti, ki se pojavi brez povezave s konkretno zunanjo okolščino. Opisujejo jo ponavljajoči se in nepričakovani napadi panike, ki niso posledica konkretne situacije. Oseba med paničnim napadom doživlja močan strah in občuti številne telesne občutke, ki v nekaj minutah do ene ure postopoma minejo (Kocmur, 1999).

Številni avtorji (Izard, 1997, 1992; Lang, 1958, 1988; Beck, Emery in Greenberg, 1985, po Antony in Swinson, 1996) opisujejo, da je strah čustvo, ki se razlikuje od občutka anksioznosti.

Za razlikovanje doživljanja anksioznosti in strahu bi lahko uporabili naslednji primer. Anksioznost je občutek, ki ga doživlja živčen voznik dan pred naporno celodnevno vožnjo z avtom, medtem ko je strah čustvo, ki ga doživi voznik, ko iznenada naleti na sneženo in poledenelo cesto. Anksioznost je torej zaskrbljenost glede potencialne bodoče nevarnosti, strah in panika pa sta odraz osredotočenosti na trenutno grožnjo (Antony in Swinson, 1996).

Panični napadi niso nevarni, so pa neprijetni. Reakcija »boj ali beg« predstavlja normalno telesno reakcijo v primeru življenjske ogroženosti, aktivacija reakcije »boj ali beg« izven konteksta pa je značilna za panični napad. Tako reakcija »boj ali beg« predstavlja normalno telesno reakcijo v primeru, ko z avtom obtičiš na tirnicah, vlak pa se približuje. Takrat so prisotni povečan srčni utrip, pospešeno dihanje, napetost v mišicah, potenje in povečan pretok krvi v rokah in nogah, ki povečajo budnost in fizično moč, ki je usmerjena proti begu. Pri paničnem napadu oseba doživlja iste telesne reakcije kot v primeru resnične življenjske ogroženosti, vendar je za panični napad značilno to, da se te telesne reakcije pripetijo v okoliščinah, ki niso življenjsko nevarne (Bourne, 1995, po Adamčič Pavlovič, 2004).

Ponavljajočih se paničnih napadov, ki niso omejeni na posebne situacije, se prav zato ne da predvideti v naprej (Stamos, 1997). Pri osebah s panično motnjo sta zato prisotna zaskrbljenost za nadaljnje pojavljanje paničnih napadov ter spremenjeno vedenje zaradi doživljanja paničnih napadov. Pred anksioznostjo v povezavi s prihodnjimi simptomi paničnih napadov se osebe zavarujejo z izogibanjem športnim dejavnostim, spolnim odnosom in drugim aktivnostim, ki spodbujajo živčni sistem, izogibajo se situacijam, v katerih bi se panični napad lahko zgodil oziroma v katerih bi bil pobeg iz situacije v primeru paničnega napada težji. Takšnemu izogibanju se reče agorafobija. Osebe tudi pogosto iščejo pomiritev z obiskovanjem zdravnika in preverjanjem vrednosti krvnega tlaka in drugih telesnih funkcij (Antony in Swinson, 1996). Tudi Grohol (2013) omenja, da se včasih zaradi panične motnje lahko razvije agorafobija, torej izogibanje različnim dejavnostim ali situacijam, ki so povezane s preteklimi občutki panike.

3.1 Simptomi panične motnje

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 1993a) navaja naslednje kriterije za diagnosticiranje paničnih napadov:

- palpitacije, občutek razbijanja srca in povišan srčni pulz,
- potenje,
- tremor,
- občutek kratke sape in dušenja,
- prsne bolečine,
- trebušne bolečine in slabost,
- vrtoglavica in omotičnost,
- derealizacija ali depersonalizacija,
- občutek izgube nadzora nad samim seboj ali strah, da bo oseba znorela,
- strah pred smrtjo,
- parestezije,
- občutek toplote ali hladnosti.

Za diagnozo panične motnje mora biti prisotnih več paničnih napadov z zgoraj omenjenimi simptomi v obdobju enega meseca z naslednjimi kriteriji:

- panični napadi se pojavljajo v situacijah, ki same po sebi niso nevarne,
- panični napadi ne smejo biti povezani z znano ali pričakovano situacijo,
- med paničnimi napadi ni anksioznosti ali pa je blaga, medtem ko je pogosto prisotna anticipatorna anksioznost, ki pomeni strah pred naslednjim napadom (WHO, 1993b).

Kriteriji za diagnozo zmerne panične motnje so najmanj štirje panični napadi v obdobju štirih tednov, kriteriji za diagnozo hude panične motnje pa so najmanj štirje panični napadi v enem tednu znotraj obdobja štirih tednov (WHO, 1993a).

Za panično motnjo in panični napad je značilno, da ju spremlja vrsta različnih simptomov, kot npr. močan čustveni odziv, značilni kognitivni vzorec, nevrokemične in hormonalne spremembe, zaznavne motnje in somatske težave (Jerabek, 2002). Prisoten je hud strah in občutek grozeče smrti (Stamos, 1997), ali pa si domišlja, da izgublja razum ali da trpi za hudo boleznijo (Grossinger, 2002). Pri osebi se pojavijo zmeda in težave s koncentracijo, hkrati pa so nezmožne poimenovati vzrok strahu (Stamos, 1997). Med doživljanjem anksioznosti sta zaznavanje in racionalno mišljenje okrnjena (Grossinger, 2002). Prisotne so tudi ruminacije, težave s spominjanjem in motnje izražanja. V dvajsetih odstotkih se pojavi kratkotrajna nezavest (Stamos, 1997).

Značilne kognitivne distorzije pri osebah s panično motnjo so (Leahy, Holland in McGinn, 2012):

- negativne avtomatske misli (pretirano poudarjanje negativnih posledic, katastrofično razmišljanje, podcenjevanje svojih sposobnosti za obvladovanje, npr. »Imam srčni napad.« ali »Ne morem prenesti tega.«),
- napačno domnevanje (npr. »Telesni simptom je vedno znak bolezni.« ali »Anksioznost je znak šibkosti.«),
- disfunkcionalne osebne sheme (občutenje nemoči, slabotnosti, manjvrednosti, zapuščenosti, krivde, npr. »Šibek in nemočen sem.« ali »Ljudje se bodo norčevali iz mene, če bom paničen.« ali »Vse glede sebe moram kontrolirati.«).

Panični napadi se med seboj razlikujejo po stopnji in trajanju. Lahko je enkrat in traja samo nekaj trenutkov ali ur, lahko pa se pojavijo ponavljajoči napadi, ki trajajo dneve ali mesece (Grossinger, 2002). Stamos (1997) piše, da panični napad običajno poteka 20 do 30 minut in redko preseže eno uro, Kocmur (1999) pa omenja, da se panični napad sproži nenadoma in traja nekaj minut (do 10 minut). Stamos (1997) ugotavlja, da simptomi izginjajo z različno hitrostjo, pri nekaterih osebah hitro, pri drugih pa postopoma.

Potek panične motnje je kroničen, večletne raziskave pa ugotavljajo, da je trideset do štirideset odstotkov oseb s panično motnjo brez simptomov, petdeset odstotkov jih ima srednje težke simptome, ki nimajo bistvenega vpliva na njihovo življenje, medtem ko ima deset do dvajset odstotkov oseb hudo simptomatiko. Pogostost pojavljanja paničnih napadov in njihova intenzivnost se spreminjata. Nastopijo lahko večkrat na dan ali manj kot enkrat na mesec (Stamos, 1997).

Prisotna je tudi komorbidnost panične motnje z drugimi duševnimi motnjami. Hkrati s paničnimi napadi se depresija pojavlja v štiridesetih do osemdesetih odstotkih, zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi pa je prisotna pri dvajsetih do štiridesetih odstotkih oseb s paničnimi napadi (Stamos, 1997), medtem ko Žmitek (1997) opisuje, da se panična motnja kot izoliran klinični sindrom (os 1 po DSM-3) pogosto pojavlja v kombinaciji z bojazljivostno osebnostno motnjo (os 2 po DSM-3) in panična motnja s sekundarno depresijo kot izoliran klinični sindrom z odvisnostno osebnostno motnjo. Ocenjuje se, da ima približno polovica oseb s panično motnjo tudi agorafobijo (Kocmur, 1999).

3.2 Klasifikacija v MKB-10

V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10, 1995) je panična motnja obravnavana pod oznako Fobične anksiozne motnje (F40) in njeno podoznako Agorafobija (F40.0) brez panične motnje (F40.00) in s panično motnjo (F40.01) in pod oznako Druge anksiozne motnje (F41) in njeno podoznako Panična motnja (epizodna paroksizmalna anksioznost) (F41.0).

3.3 Epidemiologija

Panična motnja in agorafobija se prvič pojavita v adolescenci ali zgodnji odraslosti (Goodwin idr., 2005), Stamos (1997) pa konkretnje navaja podatek, da se panična motnja začne v zgodnji odraslosti okrog dvajsetega leta starosti, redko pa se pojavi po petinšestdesetem letu starosti (Semple, Smyth, Burns, Darjee in McIntosh, 2005). Tudi Grohol (2013) omenja, da je za panično motnjo tipično, da se začne v zgodnji odraslosti, pojavi pa se lahko kadarkoli v življenju odrasle osebe.

Raziskava o epidemiologiji panične motnje, ki je bila izvedena v štirinajstih evropskih državah, je pokazala, da je 12-mesečna prevalenca panične motnje in agorafobije brez zgodovine panike 1.8% in 1.3%. Epidemiološki rezultati so relativno konsistentni v celotni Evropi (Goodwin idr., 2005). Stamos (1997) navaja, da je stopnja prevalence pri panični motnji od 1.5% do 3%, čeprav naj bi bila realna stopnja razširjenosti motnje večja. Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) pa pišejo, da panične napade letno doživi ena tretjina odraslih oseb, panično motnjo pa ima 1% ljudi. Pri ženskah se panična motnja pojavlja dvakrat pogosteje kot pri moških (Goodwin idr., 2005).

Povprečna vrzel zdravljenja¹ panične motnje je 55.9% (Kohn, Saxena, Levav in Saraceno, 2004), kar pomeni, da se zaradi panične motnje zdravi 54.1% oseb s panično motnjo.

Približno 33% izgubljenih let življenja zaradi zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti pripisujejo nevropsihiatričnim boleznim. Med osebami v starosti od 15 do 44 let panična motnja spada med prvih dvajset motenj, ki so glavni razlog za izgubljena leta (Kohn idr., 2004).

¹ Vrzel zdravljenja opredeljuje delež oseb z določeno boleznijo ali motnjo, ki potrebujejo zdravljenje, vendar zdravljenja ni deležen (Kale, 2002).

4 VZROKI PANIČNE MOTNJE

Obstaja več različnih etioloških razlag paničnih napadov. Med njimi imajo najdaljšo zgodovino psihoanalitične teorije, nato pa ji sledijo kognitivno vedenjske in nevrobiološke teorije. Danes prevladujejo integrativni etiološki modeli, pojavlja pa se tudi vedno več sodobnih psihodinamičnih in nevropsihoanalitičnih teorij (Erić, 2010).

Biološki vidik opisuje, da je nastanek panične motnje lahko posledica infekcij, genetskih vplivov, nevroanatomske patologije ali spremenjenega biokemičnega delovanja (Jerabek, 2002). Na razvoj panične motnje vplivajo tudi dolgotrajno stresno obdobje, temperament, ki je bolj občutljiv na stresne dejavnike in spremembe v možganski funkciji (Panic attacks and panic disorder: Causes, 2012). Velik stres lahko pri osebi, ki je že genetsko bolj občutljiva, povzroči panični napad (Hyman in Pedrick, 2012). Kognitivni in vedenjski teoretiki razlagajo biološke spremembe (anatomijo možganov, ravni hormonov, nevrokemične spremembe), ki se zgodijo pri osebah s panično motnjo, kot biološko manifestacijo primarno kognitivnega in vedenjskega fenomena in razlagajo, da psihološki dejavniki vplivajo na biološke spremembe (Antony, Brown in Barlow, 1992, po Antony in Swinson, 1996).

Pri nekaterih osebah je lahko prevelik vnos kofeina ali nikotina razlog za sprožitev paničnega napada (Stamos, 1997).

Leahy, Holland in McGinn (2012) opisujejo tri skupine dejavnikov, predisponirajoče, precipitirajoče in perpetuirane dejavnike, ki vplivajo na začetek panične motnje, in se razlikujejo glede na čas pojavljanja.

- Predisponirajoči dejavniki

Predispozicija za panično motnjo je kombinacija evolucijskih in genetskih dejavnikov, biološke ranljivosti (nevroticizem, negativni afekt, povečana telesna vzburjenost, čustvena labilnost), psihološke ranljivosti (zgodnje izkušnje z nekontroliranimi in nepredvidljivimi situacijami), dedna nagnjenost odzivanja na stres s paničnimi napadi in anksiozna občutljivost.

- Precipitirajoči dejavniki

Prvi panični napad je pogosto ugotovljen skupaj s stresnimi življenjskimi dogodki, kot npr. prevzemanje nove odgovornosti (nova zaposlitev), selitev, separacija, izguba bližnje osebe, rojstvo otroka, bolezen ali medosebni konflikti. V določenih primerih pa osebe s panično

motnjo teh dogodkov ne dojemajo kot povzročitelje paničnih napadov. Tudi Adamčič Pavlovič (2008) navaja, da so za zadnji mesec pred pojavom panične motnje značilni številni stresni življenjski dogodki.

- Perpetuirani dejavniki

Med te dejavnike se uvrščajo strah pred prihodnjim paničnim napadom, saj se oseba boji, da bo doživela srčni napad ali da bo znorela. Te napačne interpretacije vodijo v anticipatorni strah in izogibanje situacijam, kjer pričakujejo, da bi lahko prišlo do paničnega napada. To vodi v ponavljajoče se doživljanje paničnih napadov, ki jih izzove strah pred prihodnjo nevarnostjo.

V raziskavi (Bandelow, Späth, Tichauer, Broocks, Hajak in Rüther, 2002) je bilo ugotovljeno, da so lahko možni etiološki dejavniki za panično motnjo tudi travmatski dogodki, ki se zgodijo med otroštvom, in starševski odnos do svojih otrok. V njej je sodelovalo 115 oseb s panično motnjo in 124 oseb, ki nikoli niso imele psihiatričnih motenj. Z vsakim je bil opravljen retrospektivni intervju z 203 vprašanji, ki so se nanašala na travmatske dogodke iz otroštva, starševski odnos do oseb, psihiatrične motnje v družini in dejavnike tveganja ob rojstvu. Rezultati so pokazali, da so osebe s panično motnjo doživele hujše travmatske dogodke v primerjavi z osebami, ki niso nikoli imele psihiatričnih motenj. Osebe s panično motnjo so navajale travmatske dogodke kot so smrt očeta, ločitev od staršev, otroške bolezni, starševska zloraba alkohola, nasilje v družini, spolne zlorabe in druge. Raziskava je pokazala, da 31.3% oseb s panično motnjo in 62.9% oseb, ki niso nikoli imele psihiatričnih motenj, ni poročalo o nobenem hudem travmatskem dogodku v svojem življenju. Osebe s panično motnjo so za razliko od kontrolne skupine opisale svoje starše kot stroge, manj ljubeče in manj pozorne, opisale so večji odstotek psihiatričnih motenj v njihovih družinah, posebno so omenjale panično motnjo in generalizirano anksiozno motnjo, medtem ko se dejavniki tveganja ob rojstvu niso razlikovali med skupinama. Raziskava torej potrjuje hipotezo, da je etiologija panične motnje multifaktorska in da travmatski dogodki v življenju pomembno prispevajo k vzroku za njen nastanek.

4.1 Kognitivna in vedenjska teorija panične motnje

4.1.1 Kognitivna teorija panične motnje

»Kognitivni model predpostavlja, da čustva in vedenja niso neposredno odvisna od zunanjih dogodkov, pač pa je pomembno, kakšen pomen imajo ti dogodki za nas, kako

dojemamo in doživljamo sebe v tej situaciji, torej od miselnih procesov.« (Pastirk, 2011, str. 253).

David M. Clark (1986) je v svojem teoretičnem opisu panične motnje zapisal, da so nepredvidljivi panični napadi povzročeni s strani normalnih telesnih senzacij, ki jih oseba katastrofično interpretira kot trenutno grožnjo in jim pripisuje nevarnejšo vsebino, kot jo sicer imajo. Osebe s panično motnjo napačno interpretirajo svoje telesne senzacije kot npr. palpitacije, pomanjkanje sape, omotico in druge, ki povzročijo, da se pri osebi okrepi doživljanje anksioznosti, kar posledično poveča intenziteto telesnih senzacij in katastrofičnega mišljenja. Na ta način se blage telesne senzacije stopnjujejo do paničnega napada.

Kognitivni model panike opisuje, da so panični napadi posledica katastrofičnega interpretiranja telesnih senzacij, ki so del normalne čustvene reakcije. Ko oseba začuti telesne senzacije, jih interpretira kot znak za nemudno pretečo psihično ali fizično nevarnost. Telesne senzacije lahko sprožajo tako zunanji (situacija, kjer se je prvič zgodil panični napad) kot tudi notranji (misli, predstave, telesne senzacije) dražljaji. Nato se pojavita občutek anksioznosti in strahu, ki sta posledica dejstva, da oseba doživlja situacijo kot ogrožujočo. Na ta način se skleni krog doživljanja anksioznosti, ki doseže tako visoko stopnjo, da oseba doživi panični napad (Hawton idr., 1989, po Adamčič Pavlovič, 2004).

Pri vzdrževanju panične motnje imata ključno vlogo dva procesa. Pri prvem procesu gre za to, da oseba postane pretirano pozorna na telesne senzacije in svoje telo zaradi bojzani nenehno opazuje in preverja. Prične se zavedati tudi senzacij, ki jih drugi ljudje ne opazijo in jih interpretira kot dokaz, da je telesno ali duševno bolna. Drugi proces pa vključuje negativne interpretacije telesnih senzacij, zaradi česar se oseba začne izogibati določenim vedenjem. Oseba bo telesne senzacije interpretirala na način, da ima težave s srcem, zaradi česar se bo izogibala telesnim aktivnostim, da bi preprečila srčni napad. Z izogibanjem vedenju se tako okrepijo negativne interpretacije, ker zmanjšanje simptomov, ki je posledica izogibanja, oseba smatra kot dokaz, da bi doživel srčni napad, če bi nadaljeval z začeto aktivnostjo (Hawton idr., 1989, po Adamčič Pavlovič, 2004).

Oseba za panični napad išče vzroke in ker ne najde zunanje nevarnosti, išče nevarnost v svojem telesu. Zaradi močnega razbijanja srca oseba pomisli, da doživlja srčni napad ali da se bo zadušila, zaradi česar se strah okrepi in telesne reakcije postanejo intenzivnejše (Bourne, 1995, po Adamčič Pavlovič, 2004). Zaradi napačnih interpretacij telesnih senzacij oseba doživlja dogajanje okrog sebe z zoženo pozornostjo, hkrati pa se začne zatekati k varnemu vedenju kot npr. da se oseba usede na stol, ko pomisli, da bo med paničnim napadom omedlela (Salkovskis, 2007).

4.1.2 Vedenjska teorija panične motnje

Po teoriji učenja se oseba na določen dražljaj odzove na predvidljiv način, ki je odvisen od njegovega naučenega vedenja. Pogojevanje, s katerim se oseba nauči ali oduči nekega vedenja, pa vedenjski teoretiki delijo v dve skupini:

- klasično pogojevanje po Pavlovu,
- operantno pogojevanje po Skinnerju, kamor se uvršča tudi socialno pogojevanje (Ziherl, 1999).

Vedenjska teorija, ki je izpeljana iz teorije učenja, pravi, da je anksioznost naučena in je hkrati pogojevan odgovor na specifični dražljaj, medtem ko je po socialni vedenjski teoriji anksioznost naučena preko posredovanja staršev ali druge bližnje osebe s prepoznavanjem in posnemanjem anksioznih vzorcev (Stamos, 1997).

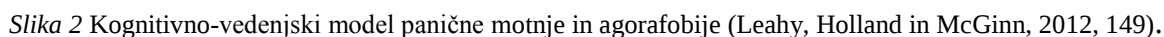
Wolpe in Rowan (1988) opisujeta klasično pogojevanje pri panični motnji. Prvo doživljanje panike je brezpogojni odziv na brezpogojni dražljaj, ki ga povzroči hiperventilacija, panična motnja pa je rezultat hkratnega notranjega dražljaja, ki je pogojevan z izzvano anksioznostjo pri doživljanju panike.

Mowrer (1960, po Antony in Swinson, 1996) pa je opisal dvostopenjski model razvoja strahu in njegovega ohranjanja. Po njegovem opisu se strah začne s klasičnim pogojevanjem. Strah se nato ohrani z instrumentalnim pogojevanjem, pri čemer izogibanje vodi do zmanjšanja strahu, zaradi česar se izogibanje še bolj okrepi.

4.1.3 Kognitivno-vedenjski model panične motnje in agorafobije

Leahy, Holland in McGinn (2012) opisujejo kognitivno-vedenjski model panične motnje in agorafobije, ki ga prikazuje Slika 2. Model opisuje, da med paničnim napadom pride do občutkov težkega dihanja, slabosti, povečanega srčnega utripa, znojenja in podobnih simptomov. Telo med paničnim napadom začne doživljati iste telesne senzacije, ki se zgodijo v realni nevarnosti. Oseba nato začne panični napad interpretirati kot nekaj zelo nevarnega (npr. oseba začne verjeti, da je z njenim telesnim ali duševnim zdravjem nekaj hudo narobe) in pretirano pozornost usmerja na notranje občutke in telesne senzacije. Zaradi tega se telesne senzacije še bolj okrepijo in na podlagi teh občutkov začne oseba sklepati napačne domneve, da bo doživela srčni napad ali da bo omedlela, kar privede do paničnega napada. Zaradi paničnih napadov začne oseba doživljati anticipatorni strah pred prihodnjimi dogodki, ki bi lahko izzvali panični napad. Oseba se zato začne izogibati situacijam, ki so zanj neprijetne, ko pa izogibanje ni mogoče, se poslužuje »varnega

vedenja«. To pomeni, da osebo povsod nekdo spremlja ali da ima vedno s seboj plastenko vode. Zaradi tega se lahko pri osebi razvije agorafobija. Oseba z agorafobijo se boji krajev in situacij, iz katerih bi bilo težko zbežati, če bi doživela panični napad. Izogibajo se nakupovalnih središč, vožnje z vlakom in letalom, mostov, tunelov, odprtih prostorov, dvigal, izogibajo se temu, da bi ostali sami doma ali da bi bili sami zunaj. Čez čas se pri osebi okrepi prepričanje, da je v nevarnosti in da potrebuje stalno zaščito.



4.2 Psihodinamična teorija panične motnje

Psihoanalitična teorija se osredotoča na pojav nezavednih procesov v zavesti, ki sprožijo anksioznost, in na obrambne mehanizme, ki zaustavljajo vdiranje nezavednih procesov v zavest. Do pojava simptomov, ki se manifestirajo v simbolični obliki, pa pride, ko obrambni mehanizmi popustijo (Stamos, 1997).

Freud (1900, 1953, po Kihlstrom, 1999) opisuje nezavedno kot duševne vsebine, ki niso dostopne zavesti in ga uvršča v svoj 3-delni topografski model. Drugi del topografskega modela se imenuje zavest in vključuje misli, čustva, motive, ki se jih oseba ta trenutek zaveda. Tretji del je predzavestno, ki vključuje duševne vsebine, ki se jih oseba ta trenutek ne zaveda, vendar lahko do zavedanja pride pod posebnimi pogoji. Cilj psihoanalize je samospoznavanje oziroma sprejemanje samega sebe. Z njeno pomočjo oseba se oseba zave zaradi obrambnih mehanizmov potlačenih duševnih vsebin (McWilliams, 2004).

Panično motnjo je Freud (1895, 1962, po Milrod, Busch, Cooper in Shapiro, 1997) prvotno opisal kot nevrozo strahu, ki naj bi imela somatske in seksualne vzroke, kasneje pa kot strah, ki spremeni ego in deluje kot signal, ki spodbudi ego, da le ta uporabi različne obrambne mehanizme, s katerimi se izogne nevarnosti (Freud, 1926, 1950, po Milrod, Busch, Cooper in Shapiro, 1997).

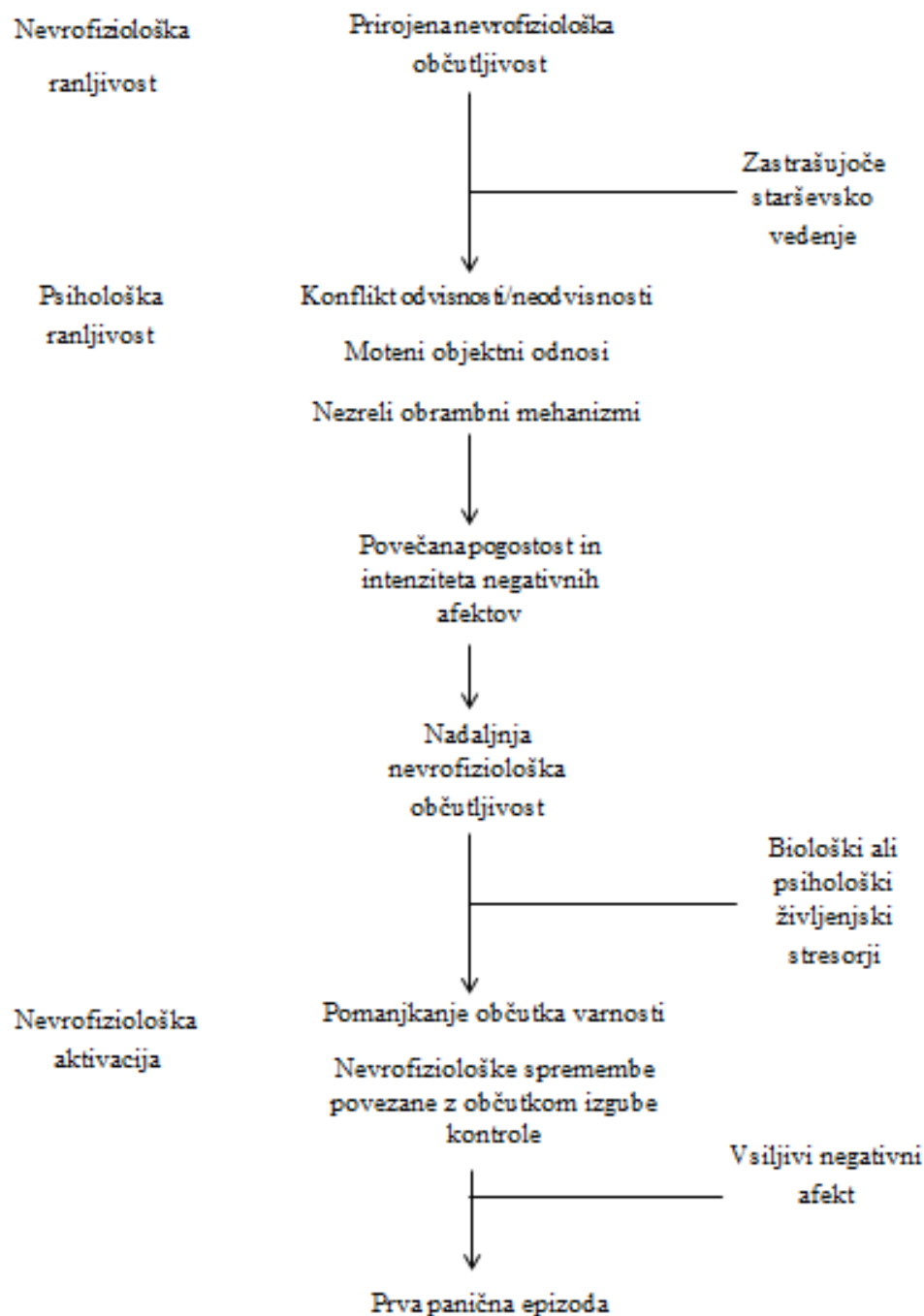
Zaradi dolgotrajnosti psihoanalize, ki lahko traja več let, so po Freudu psihoanalitiki razvili krajše metode, ki so izpeljane iz psihoanalize, in ohranjajo psihodinamične zakonitosti, ki izhajajo iz psihodinamičnih teorij nevrotskih motenj. Te metode so psihodinamična psihoterapija, analitska psihoterapija, kratka dinamska psihoterapija in druge (Ziherl, 1999). Odnos med psihoterapevtom in pacientom je bolj dvosmeren kot v psihoanalizi, vključuje pa tudi psihoterapevtovo čustveno odzivanje. Te iz psihoanalize izpeljane terapije običajno ne trajajo več kot leto dni (Ziherl, 1999).

Mrevlje (1997) razlaga koncept psihodinamičnosti kot človekovo doživljanje in vedenje, ki sta posledica motivov, nagonov in duševnih konfliktov, ki iz področij nezavednega, kamor so bili potisnjeni in izrinjeni, vplivajo na človekovo delovanje. Te izrinjene vsebine se pri osebi kažejo na način, da le-ta ne prepozna ozadja in vzroka konflikta.

4.2.1 Psihodinamični model panične motnje

Shear, Cooper, Klerman, Busch in Shapiro (1993) predstavljajo psihodinamični model panične motnje, ki ga prikazuje Slika 3. Njihov model panične motnje temelji na hipotezi, da prirojen strah pred neznanimi situacijami, ki je okrepljen zaradi pretirano nadzirajočih

staršev, predisponira nepopolno rešitev konflikta med odvisnostjo in neodvisnostjo. Ta pojav se praviloma opaža pri osebah s panično motnjo. Manifestacija konflikta odvisnosti se pri osebah razlikuje. Osebe, ki so bolj ranljive za panično motnjo, so občutljive na separacijo in se pretirano oklepajo drugih, spet druge pa so občutljive na omejevanje in se pretirano oklepajo občutka svobode. V obeh primerih je pri osebah prisotna negativna predstava o sebi in pozitivna predstava o drugih. Osebe ohranjajo zanje sprejemljivo distanco od za njih pomembnih drugih, ki ni preveč blizu in ne preveč daleč. Posledice dominantnih in enostavno aktiviranih predstav o zapuščenosti, osamljenosti in dušenju v odnosu se kažejo v vedenju, ki izraža jezo in/ali občutke krivde. Pri osebi namreč prevladujejo misli o grozeči separaciji ali občutku ujetosti in občutki anksioznosti, krivde, sramu in jeze, ki še bolj vzbudijo anksioznost. Intenzivnost doživljanja anksioznosti se poveča, hkrati pa se oseba oddalji od priznanja povzročitelja anksioznosti. Kombinacija prirojene nevrofiziološke dovzetnosti in kroničnega izpostavljanja negativnim afektom lahko duševnost napravi občutljivejšo in zgradi fiziološke temelje za paniko. Negativni afekti postanejo fokus pozornosti in povod za katastrofično interpretiranje. Takrat se sklene krog eskaliranega doživljanja strahu in fizioloških simptomov, ki privedejo do paničnega napada.



Slika 2 Psihodinamični model panične motnje (Shear idr., 1993, 862).

Shear, Cooper, Klerman, Busch in Shapiro (1993) so opravili intervju z devetimi osebami s panično motnjo in med njimi ugotovili številne skupne značilnosti. Osebe s panično motnjo so se opisale kot boječe, nervozne ali sramežljive v času otroštva, svojih staršev pa se spominjajo kot jezne, zastrašujoče, kritične in nadzorujoče. Pri osebah s panično motnjo so zaznali negativen odnos do agresije in slabo samopodobo. Partnerji oseb s panično

motnjo so bili pasivni, prijazni in neagresivni, hkrati pa so zaznali prisotnost stresorjev pred pojavom paničnega napada.

Shear idr. (1993) opozarjajo, da se njihov model panične motnje razlikuje od sodobnih nevrobioloških teorij, katerih ključna predpostavka je, da panični napadi nastanejo spontano in brez kakršnekoli psihološke vsebine. Mnenje si delijo z vodilnimi kognitivnimi teoretiki (Beck, 1988; Barlow, 1988; Clark, 1988), da dozdevni spontani panični napadi dejansko niso spontani, ampak nastanejo kot posledica strašljivih misli, predstav in občutkov. Shear idr. omenjajo tudi, da njihov model poudarja pomen nezavednega, kar jih po drugi strani razlikuje od modela kognitivno vedenjskih teoretikov. Opisujejo, da pri osebi panični napad izzovejo zastrašujoče fantazije o tem, da bi bila ločena ali zadušena od zanj pomembnih drugih, ki so lahko nezavedne. Hkrati tudi postavljajo hipotezo, da obstaja povezava med strahom pred telesnimi senzacijami in slabo samopodobo, in da odnos med ranljivostjo za panično motnjo in boječnosti skupaj s starševsko nezmožnostjo, da bi regulirali svojo boječnost. Avtorji domnevajo, da majhne telesne senzacije izzovejo panike, ker izvirajo iz preveč grozečih negativnih afektov, da jih neprilagojene obrambe ne morejo nadzorovati.

Milrod in sodelavci so razvili teorijo panične motnje, ki jo sestavljajo nevrobiološka ranljivost, izkušnje separacije in jeze, strah pred izražanjem jeze, specifičen odnos med otrokom in starši in trenutni stresorji. Glavni konflikti se tičejo separacije in izgube, inhibirane agresivnosti in včasih anksioznost o spolni vzburjenosti (Summers in Barber, 2013).

Otroci, ki so nevrobiološko ranljivi, kot npr. sramežljivi otroci in otroci z vedenjsko inhibicijo, so bolj občutljivi na običajne separacije v otroštvu. Nagnjeni so k doživljanju jeze in frustracije in občutijo konflikten odnos v zvezi s tem. Hkrati pa se bojijo, da bo njihova jeza škodovala medsebojnemu odnosu z bližnjimi, zato jo poskušajo inhibirati. Panika tako izraža izgubo in strah, obrambno skriva jezo in ohranja odvisnost. Tisti, ki niso nevrološko ranljivi, pa imajo običajno za sabo konflikten odnos s starši z izkušnjo zapuščenosti in zanemarjanja (Summers in Barber, 2013).

Osebe s panično motnjo doživljajo jezo in krivdo hkrati s preokupiranimi fantazijami o tem, da bodo zapuščeni s strani bližnjih, od katerih so odvisni (Milrod, Busch, Cooper in Shapiro, 1997). Same sebe nimajo za nervozne in anksiozne osebe, kasneje skozi poglobljen intervju pa se izkaže, da imajo prav te lastnosti. Osebe so namreč nervozne in anksiozne, zanje so značilne odvisnost, izogibanje in slaba samopodoba (Shear, Cooper, Klerman, Busch in Shapiro, 1993).

Osebe s panično motnjo imajo prirojeno nevrobiološko, nefiziološko in psihološko ranljivost, zaradi katere so nagnjeni k hitrejši nevrobiološki aktivaciji, kar pomeni, da hitreje izražajo strah, sramežljivost, nesposobnost ravnanja z agresijo, imajo nizko samopodobo in samospoštovanje (Kagan idr., 1990, po Erić, 2010, 369).

K nastanku in razvoju panične motnje pomembno vplivajo tudi starši s svojim vedenjem. Starši otrokom, ki jih pretirano ščitijo ali jih strašijo, onemogočajo, da bi uspešno razrešili konflikt odvisnost/neodvisnost. Nerazrešen omenjeni konflikt pomeni prikaz na eni strani šibkosti selfa in psiholoških mehanizmov obrambe in prikaz močne reprezentacije self objektov na drugi strani (Erić, 2010).

Pri panični motnji duševni in čustveni simptomi izvirajo vsaj deloma iz nezavednega. Temu osebe s panično motnjo pripisujejo manjšo vrednost, vendar se kasneje izkaže, da nepoznani nezavedni občutek besa zelo pomembno vpliva na razvoj paničnih napadov (Erić, 2010, 371). Pokazalo se je, da se osebe s panično motnjo ne zavedajo obstoja smiselnih stresorjev, iz katerih izhajajo intrapsihične reakcije, ki vodijo do napadov panike. V več študijah je bilo namreč ugotovljeno, da se akutni stresorji, ki jih opisujejo kot pomembne življenjske dogodke, zgodijo ravno pred začetkom pojava paničnih napadov (Last idr., 1984; Roy-Byrne idr., 1986, po Erić, 2010, 372).

5 ZDRAVLJENJE PANIČNE MOTNJE

Kljub temu, da panični napadi običajno močno vplivajo na kakovost življenja, je zdravljenje panične motnje lahko zelo učinkovito (Panic attacks and panic disorder: Symptoms, 2012).

5.1 Metode zdravljenja

Za zdravljenje anksioznih motenj se uporabljajo farmakoterapija, kognitivna in vedenjska terapija ter druge oblike psihoterapije (Kocmur, 1999). Najpogosteje predpisana zdravila za zdravljenje panične motnje so benzodiazepini (kot npr. klonazepam in alprazolam) in antidepressivi iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI). Zdravljenje panične motnje samo s farmakoterapijo brez psihoterapije pa je redko (Grohol, 2013).

Obstajata dva glavna znanstveno empirično podprta pristopa k zdravljenju anksioznih motenj, in sicer farmakoterapija in kognitivno-vedenjska terapija. Študije kažejo, da sta ta dva pristopa bolj učinkovita v primerjavi z drugimi pristopi, npr. analitično psihoterapijo (Antony in Swinson, 1996). Za zdravljenje panične motnje pa je primerna tudi biofeedback metoda, ki osebi sporoča zvočne ali vidne povratne informacije o telesnih odzivih, medtem ko se na podlagi njih uči sproščanja (Grohol, 2013).

Številne raziskave so pokazale, da je uporaba kognitivno-vedenjske terapije učinkovitejša kot če oseba ne uporablja nobene terapije, nekatere da je kognitivno-vedenjska terapija na dolgi rok učinkovitejša od farmakoterapije in le dve raziskavi, da je farmakoterapija učinkovitejša od kognitivno-vedenjske terapije (Antony in Swinson, 1996), medtem ko Grohol (2013) piše, da so edukacija o panični motnji, psihoterapija in farmakoterapija najučinkovitejši načini zdravljenja panične motnje.

Uporaba zdravil je pri zdravljenju panične motnje dokazano učinkovita za mnogo oseb s to motnjo, vendar se pojavljajo težave v povezavi s farmakološkim načinom zdravljenja kot npr. strah pred jemanjem zdravil, upiranje jemanju zdravil, neprijetni stranski učinki in ponovitve panične motnje po prenehanju jemanja zdravil (Galassi, Quercioli, Charismas, Niccolai in Barciulli, 2007). Podobno opisujejo tudi Manfro, Heldt, Cordioli in Otto (2008), da kljub učinkovitosti farmakoterapije pri zmanjšanju paničnih napadov pri nekaterih osebah zdravljenje z zdravili ne deluje.

Kohn idr. (2004) dajejo poudarek na to, da mora biti časovno odlaganje zdravljenja čim krajše, saj se je izkazalo, da daljše ko je trajanje panične motnje pred začetkom zdravljenja,

slabši je socialni izid in daljše je zdravljenje, Stamos (1997) pa dodaja, da imajo najboljšo prognozo osebe z dobrim premorbidnim delovanjem (delovanjem pred pojavom bolezenskih simptomov) in s kratko trajajočimi simptomi.

Zelo učinkoviti pri zmanjševanju trenutnih telesnih simptomov in čustvenih strahov sta tehnika sproščanja in tehnika vizualizacije, ki ju uči psihoterapija (Grohol, 2013).

5.1.1 Kognitivno-vedenjska terapija

Kognitivno-vedenjska terapija je kombinacija dveh psihoterapevtskih pristopov, in sicer kognitivnega in vedenjskega, ki se med seboj razlikujeta (Pastirk, 2011). Kognitivno-vedenjska terapija je oblika psihoterapije, ki je znanstveno dokazano učinkovita pri zdravljenju anksioznih motenj, depresij in drugih vrst problemov (Branch in Willson, 2012). »Psihoterapija je namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih z namenom spremeniti klientovo vedenje, mišljenje, čustva in/ali druge osebne značilnosti v smeri, ki jih klient želi.« (Prochaska in Norcross, 2003, cit. po Žvelc, 2011, str. 1).

Kognitivno-vedenjsko terapijo sestavljajo trije temelji (Dobson in Dozois, 2010, 4):

1. Kognitivna aktivnost vpliva na vedenje.
2. Kognitivna aktivnost je lahko nadzorovana in spremenjena.
3. S pomočjo kognitivne spremembe lahko vplivamo na vedenje, ki ga želimo doseči.

Sloni na ideji, da motnje ne povzroča dogodek, ampak je odvisna od načina razmišljanja o tem dogodku. Spada med kratkotrajne psihoterapije in se osredotoča na trenutne probleme, njen cilj pa je zmanjšanje simptomov motnje in razvoj novih veščin reševanja problemov. Namen terapije je, da oseba pridobi nadzor nad kognicijo, identifikacija kognitivnih napak, razumevanje neprimernih shem in iskanje strategij za reševanje (Semple idr., 2005). Ne vpliva le na reševanje sedanjih težav, ampak je učinkovita tudi pri preprečevanju bodočih težav. Pri terapiji psihoterapevt preko tehnik neposredno vpliva na klienta, hkrati pa ga uči veščin spoprijemanja z morebitnimi prihodnjimi težavami (Ronen in Fremann, 2007). Pri kognitivno-vedenjski terapiji je naloga psihoterapevta, da usmerja in vzpodbuja klienta, nato pa je na vrsti klient, da začne aktivno sodelovati v izvajanju terapije (Blenkiron, 2012). Preferirana je individualna psihoterapija, njena dolžina pa je kratkotrajnega značaja in traja manj kot dvanajst seans. Skupinska terapija je primerna za učenje relaksacijskih tehnik in podobnih veščin (Grohol, 2013).

Kognitivna terapija je proces, ki je strukturiran, aktiven, časovno omejen in usmerjen na problem. Ko oseba prične s procesom bolj realističnega razmišljanja in delovanja, se simptomi zmanjšajo in vedenje spremeni in pride do izboljšanja duševnega stanja (Beck in Rush, 1996, po Pastirk, 2011).

Kognitivne tehnike pomagajo osebi razumeti, kateri čustveni, kognitivni in telesni dejavniki vplivajo na nastanek paničnega napada, vedenjske tehnike pa ji omogočajo, da oseba odkrije, da se njene katastrofične napovedi ne bodo uresničile (Salkovskis, 2007).

Za vedenjsko terapijo je značilno, da obravnava človekovo vedenje in se osredotoča na spreminjanje tistega vedenja, ki ga posameznik ali okolica zaznava kot nefunkcionalnega. Predpostavlja, da je vedenje posledica učenja in da se je mogoče naučiti funkcionalnega vedenja in odučiti motečega (Pastirk, 2011).

Cilj vedenjskega psihoterapevta je odstraniti nefunkcionalna in moteča vedenja in stališča in razvijanje primernejših oblik vedenja, ki osebi ne bodo povzročale anksioznosti. Vedenje vključuje vse, kar oseba stori in verbalno izreče (Ziherl, 1999).

Kognitivno-vedenjska terapija vključuje razlago o poteku paničnega napada, pomoč osebi, da opusti varno vedenje in ponovno izkušnjo s situacijami, katerim se je oseba izogibala. Na ta način se oseba nauči, kako so panika in napačne interpretacije povezane med seboj (Salkovskis, 2007).

Kognitivno-vedenjska terapija ni samo posredovana osebi preko psihoterapevta, ampak je oblikovana skupaj z osebo. Osebe so si med seboj različne, zato terapije med seboj niso enake (Ronen, 1997; Rosenbaum in Ronen, 1998, po Ronen in Freeman, 2007). »Izbira o vrsti terapije mora biti osnovana na oceni klientovih osebnostnih lastnosti, naravi problema in klientovih zmožnosti za spremembo.« (Ronen in Fremann, 2007, 15).

Adamčič Pavlovič (2008) trdi, da je za uspešno zdravljenje panične motnje potrebno prekiniti povezavo med telesnimi simptomi in katastrofičnimi mislimi.

Pastirk (2007) piše, da je v kognitivni terapiji zelo pomemben odnos med pacientom in terapevtom, saj je napredek v terapiji mogoč le v primeru kvalitetnega odnosa.

Salkovskis (2007) navaja, da je med različnimi terapijami kognitivno-vedenjska terapija prva izbira za zdravljenje panične motnje, Blenkiron (2012) pa, da je kognitivno-vedenjska terapija najbolj učinkovit način zdravljenja motenj, katerih temeljna značilnost je anksioznost in depresija.

Osebe, ki so uporabljale kognitivno-vedenjske tehnike, so manj pogosto doživele relaps (povrnitev simptomov) kot tisti, ki so bili deležni farmakoterapije ali zdravljenja z drugimi psihoterapevtskimi prostopi (Branch in Willson, 2012). Zdravljenje panične motnje s kognitivno-vedenjsko terapijo je zelo učinkovito, hkrati je prisoten nizek delež ponovitve motnje (Salkovskis, 2007).

Salkovskis (2007) navaja, da kombinacija kognitivno-vedenjske terapije z uporabo antidepressivov ne izboljša rezultatov zdravljenja v primerjavi z zdravljenjem s kognitivno-vedenjsko terapijo.

Margraf, Barlow, Clark in Telch (1993) navajajo podatek, da je 80% ali več oseb, ki so se zdravile s kognitivno-vedenjsko terapijo, doseglo stanje brez paničnih napadov in izboljšanje na področju anksioznosti.

Potem ko so bile izvedene številne raziskave o zdravljenju panične motnje s kognitivno vedenjsko terapijo, so raziskovalci Galassi, Quercioli, Charismas, Niccolai in Barciulli (2007) preverili še učinkovitost skupinske terapije. Ugotavljali so prednosti kombinacije kognitivnih in vedenjskih tehnik, ki so bile razvite za skupinsko psihoterapijo panične motnje in agorafobije. V raziskavo je bilo vključenih 67 oseb z diagnosticirano panično motnjo z ali brez agorafobije po DSM-3-R, ki so bili deležni dvourne terapije na teden 14 tednov. Terapija je vključevala izobraževalni del, interoceptivno izpostavljanje², kognitivno rekonstrukcijo, reševanje problemov in izpostavljanje v živo. Rezultati so pokazali vidno izboljšanje na vseh področjih učinkovanja terapije, visok nivo remisije paničnih napadov in vidno izboljšanje pridruženih simptomov.

Napovedovalci slabega izida kognitivno-vedenjske terapije so slab začetek terapije, slabša socialna vključenost, nezaupanje v učinkovitost terapije, uporaba zdravil, daljše trajanje motnje, velika stopnja izogibanja oziroma prisotnost agorafobije, neizpolnjevanje domačih nalog, depresija in osebna motnja, slaba motivacija za zdravljenje in slabo mnenje pacienta o terapiji (Antony in Swinson, 1996).

5.1.1.1 Kognitivno-vedenjske tehnike

Na začetku zdravljenja psihoterapevt jasno izrazi svoja pričakovanja glede zdravljenja, med drugim tudi nujnost rednega izvajanja domačih nalog in proaktivnost osebe. Vse

² Interoceptivno izpostavljanje je učinkovita kognitivno vedenjska intervencija za zdravljenje panične motnje, ki zmanjša strah pred telesnimi senzacijami. Vključuje vaje kot npr. hiperventilacija, tresenje rok, dajanje glave med noge, zadržanje dihanja ipd. (Lee, Noda, Nakano, Ogawa, Kinoshita, Funayama in Furukawa, 2006).

tehnike sproščanja in ostale (domače) naloge, naučene pri psihoterapevtu je potrebno redno izvajati. Če oseba k psihoterapiji ne pristopi proaktivno, potem bo psihoterapija neuspešna (Grohol, 2013).

Vedenje ima svojo funkcijo, in sicer ima lahko namen vzbujanja pozornosti, pridobivanja materialne koristi, boljšega počutja, omogoča osebi, da se izogne zahtevam in neprijetnim aktivnostim ipd. (Grubelnik, 2004).

Za klienta in psihoterapevta bo najboljša tista tehnika, ki bo domača psihoterapevtu, hkrati pa bo ustrezala klientovemu načinu razmišljanja, njegovim zanimanjem in mu omogočala, da bo zmožen razumeti in rešiti sedanje probleme (Ronen, 2001, po Ronen in Fremann, 2007).

5.1.1.1.1 Kognitivne tehnike

Obstajajo različne kognitivne tehnike kot npr. psihoedukacija, kognitivno restrukturiranje, kontrola dihanja, vaje sproščanja, vizualizacija in izpostavljanje (Sanderson in Rego, 2001), in tudi prepoznavanje avtomatskih misli, igra vlog, dnevnik misli, raziskovanje dokazov, iskanje alternativnih možnosti (Semple idr., 2005).

Biro (1990, po Pastirk, 2004) kognitivne tehnike razvršča v tri skupine, za katere so značilni naslednji koraki:

1. Prepoznavanje negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj.
2. Sprememba negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj.
3. Vedenjski eksperiment in učenje novega vedenja.

Avtomatske misli sestavlja naš miselni tok. Za avtomatske misli je značilno, da se jih ne zavedamo, z vajo pa jih lahko ozavestimo. Ko postanejo dostopne naši zavesti, lahko ugotovimo, ali so avtomatske misli negativne ali pozitivne (Beck, 1995, po Pastirk, 2004).

Raziskava avtorjev Salkovskis, Clark in Hackmann (1991) je pokazala, da kognitivne tehnike, ki spreminjajo napačne interpretacije telesnih senzacij, zmanjšajo pogostost paničnih napadov, medtem ko se pri osebah, ki so bili deležni kognitivnih tehnik, ki se ne ukvarjajo z napačnimi interpretacijami telesnih senzacij, panični napadi niso zmanjšali.

Psihoedukacija

Bourne (1995, po Adamčič Pavlovič, 2004) poudarja, da je za osebo s panično motnjo pomembno, da se zaveda, da panični napadi niso nevarni in zna prepoznati telesne reakcije, ki se dogajajo med paničnim napadom, podobno pa piše tudi Kocmur (1999), da je na začetku zdravljenja panične motnje osebi potrebno razložiti kognitivne značilnosti motnje, saj se pri približno eni od desetih oseb zaradi informiranosti anksioznost zmanjša, medtem ko pri drugih osebah anksioznost še vedno vztraja. Tudi Adamčič Pavlovič (2008) navaja, da ponovne panične napade lahko včasih preprečimo že s tem, da osebi razložimo, da napadi niso nevarni. Prva stopnja v psihoterapiji je torej edukacija o »boj ali beg« odzivu in telesnih senzacijah, ki so povezane z njim. Na ta način oseba zna prepoznati te telesne senzacije, kar je že pomemben začetki korak k zdravljenju panične motnje (Grohol, 2013).

Tehnika najslabše možne posledice

S tehniko najslabših možnih posledic se lahko zelo učinkovito prepozna negativne avtomatske misli. Terapevt postavi osebi s panično motnjo naslednje vprašanje: »Kaj bi se lahko najslabšega pripetilo, če bi doživeli panični napad?« (Pastirk, 2004).

Tehnika beleženja avtomatskih misli

Beleženje avtomatskih misli se uporablja v primerih, ko so negativne avtomatske misli povezane s specifičnimi telesnimi senzacijami. Oseba s panično motnjo vpisuje avtomatske misli skupaj z ostalimi duševnimi vsebinami v dnevnik, ki je prikazan na Sliki 4. Dnevnik vsebuje prostor za datum, na katerega se je panični napad zgodil, prostor za beleženje situacije, ki je povzročila neprijetne emocije, prostor za beleženje emocij, ki ga spremljajo ob paničnem napadu in njihovo oceno intenzitete od 0-100, prostor za beleženje avtomatskih misli, ki so prisotne med paničnim napadom in z oceno prepričanja v njih od 0-100, prostor za beleženje alternativnih misli z oceno prepričanja v njih od 0-100, prostor za beleženje moči telesnih senzacij glede na njihovo intenziteto od 0-100, prostor za beleženje napačnih interpretacij telesnih senzacij, kjer hkrati zabeleži še alternativno misel in oceni moč telesnih senzacij glede na njihovo intenziteto od 0-100 in prostor za rezultat, kamor zabeleži trenutni tip emocij in ponovno oceni intenziteto emocij od 0-100 (Pastirk, 2004).

DATUM	1. SITUACIJA	2. EMOCIJA	3. AVTOMATSKA MISEL
	Oseba zabeleži situacijo ali misel, ki vodi k neprijetnim emocijam.	Oseba zabeleži tip emocije (žalost, anksioznost, jezo itd.) in oceni njeno intenziteto (0-100).	Oseba zapiše avtomatsko misel in zabeleži prepričanje v avtomatsko misel (0-100).
4. ALTERNATIVNA MISEL	5. MOČ TELESNIH SENZACIJ	6. NAPAČNA INTERPRETACIJA TELESNIH SENZACIJ	7. REZULTAT
Oseba zabeleži alternativno videnje situacije in ponovno oceni prepričanje v avtomatsko misel.	Oseba zabeleži moč telesnih senzacij (0-100), zapiše alternativno misel in ponovno oceni moč telesnih senzacij (0-100).	Oseba zabeleži napačno interpretacijo telesnih senzacij in preveri moč telesnih senzacij (0-100).	Oseba zabeleži tip emocij, ponovno oceni intenziteto emocij (0-100).

Slika 3 Dnevnik beleženja disfunkcionalnih misli (prirejeno po Pastirk, 2004).

Tehnika izpostavljanja

Z izpostavljanjem se aktivirajo čustva. Izpostavljanje stresnim situacijam lahko poteka v simuliranem okolju ali pa v realni situaciji. Z izpostavljanjem se aktivira pacientov strah, preko katerega se dostopa do negativnih avtomatskih misli (Pastirk, 2004).

Tehnika izpraševanja dokazov

Pastirk (2004) opisuje, da ima pacient svoja prepričanja, ki se jim v terapevtskem pogovoru ne oporeka, ampak namesto tega terapevt uporabi tehniko izpraševanja o dokazih, ki podpirajo negativne avtomatske misli in bazična prepričanja. Navaja naslednja uporabna vprašanja:

- Kakšni so vaši dokazi, da se bo to zgodilo?
- Kaj vam da tako misliti?
- Kako veste, da se bo ravno to zgodilo?
- Kakšni so vaši razlogi, zaradi katerih verjamete, da se bo to zgodilo?

Tehnika videnja nasprotnih dokazov

Pastirk (2004) piše, da potem ko je bil pacient vprašan po najslabšem možnem opisu, ki se lahko zgodi v zastrašujoči situaciji, uporabimo tehniko videnja nasprotnih dokazov. To pomeni, da pacienta povprašamo po opisu najboljšega, kar bi se lahko zgodilo v zastrašujoči situaciji in nadaljujemo z vprašanjem o najverjetnejši situaciji, ki bi se zgodila. Hkrati navaja naslednja vprašanja, s pomočjo katerih identificiramo nasprotno dokaze:

- Kateri so dokazi, ki kažejo, da se to ne more zgoditi ali ni resnično?
- Na kakšen drug način bi lahko pogledali na problem?
- Ali se je katastrofa zgodila zdaj? Zakaj ne?

Tehnika kontinuuma

Pastirk (2004) opisuje tudi tehniko kontinuuma, ki je zelo uporabna pri mišljenju »vse ali nič«. Terapevt pacientu zastavi nalogo, da na kontinuumu, ki je označen od 0 do 100, oceni določeno prepričanje oziroma razpoloženje. Na ta način pacient uvidi, da obstajajo tudi srednje vrednosti. Opisuje naslednje korake:

1. Natančno opišemo prepričanje oziroma avtomatsko misel, ki jo želimo spremeniti.
2. Določimo najvišjo in najnižjo vrednost kontinuuma.
3. Poiščemo primer v praksi, da lažje razložimo uporabo tehnike.
4. Pacient oceni svoje prepričanje in ga označi na kontinuumu.
5. Čez nekaj časa (torej tudi večkrat v času enega srečanja) pacient ponovno označi prepričanje.

Tehnika ekstremnih kontrastov

Psihoterapevt svetuje pacientu, da si predstavlja neko osebo, ki ima večje težave od njega in mu predlaga, da se z njo primerja. Takšno primerjanje z resnično ali izmišljeno osebo, ki predstavlja negativni ekstrem, je za pacienta lahko koristno (Pastirk, 2004).

Čuječnost (ang. mindfulness)

Čuječnost je namerno, neobsojajoče zavedanje sedanjega trenutka. Je ena izmed oblik meditacije, za katero je značilno sistematično usmerjanje pozornosti in energije, ki lahko vpliva na kakovost našega doživljanja. Takšna pozornost povzroči večje zavedanje, čistost in sprejemanje sedanjega trenutka in realnosti. Ko oseba začne biti pozorna na trenutno

dogajanje brez vrednostnih sodb, predsodkov, prepričanj, projekcij in pričakovanj, ima priložnost, da se osvobodi izogibanja nezavednemu (Kabat-Zinn, 1994).

5.1.1.1.2 Vedenjske tehnike

Obstajajo različne vedenjske tehnike kot npr. izpostavljanje, preprečitev odziva, preusmerjanje pozornosti, relaksacijske tehnike, trening asertivnosti in socialnih veščin (Semple idr., 2005). Vedenjski pristop vključuje izpostavljanje situacijam, v katerih je pojav paničnih napadov bolj verjeten (Grohol, 2013).

Tehnika preusmerjanja pozornosti

Bourne (1995, po Adamčič Pavlovič, 2004) omenja, da se panični napad lahko zaustavi pri pojavu prvih simptomov, in sicer s preusmerjanjem pozornosti iz notranjega telesnega dogajanja na zunanje dogajanje.

Hiperventilacija

Učinkovit je tudi eksperiment, ko oseba namerno hitro diha, s čimer izzove hiperventilacijo. Na ta način oseba doživi enake simptome kot pri paničnem napadu in se nauči, da tudi sam zavestno lahko izzove enake simptome in jih odpravi s počasnim dihanjem (Bourne, 1995, po Adamčič Pavlovič, 2004).

Tehnika izpostavljanja

Elliott in Smith (2010) za premagovanje paničnih napadov opisujeta obliko izpostavljanja, pri kateri oseba s panično motnjo namerno doživi telesne občutke samega napada. Izpostavljanje vključuje namerno izzvane in večkrat ponovljene naslednje strategije:

- Tek na mestu, ki traja tri do pet minut, da se pospeši srčni utrip, ki je tudi značilnost paničnega napada.
- Vrtenje, dokler ne pride do vrtočlavičice, saj so občutki vrtočlavičice ali omočice pogosto prisotni pri paničnem napadu.
- Dihanje skozi ozko slamico, s čimer oseba doživi občutek pomanjkanja zraka, kar je podobno kot pri paničnem napadu.
- Hitro dviganje glave iznad kolen, zaradi česar pride do občutka vrtočlavičice ali omočice.

Ko oseba večkrat doživi opisane telesne občutke, ugotovi, da ti niso nevarni za njeno zdravje in je ne ogrožajo. Z namernim izpostavljanjem oseba odkrije, da lahko mirno sprejme telesne občutke (Elliott in Smith, 2010).

Tehnika postopnega izpostavljanja

Za tehniko izpostavljanja je značilno soočanje s situacijo ali okoliščinami, katerim se je oseba izogibala zaradi strahu. Da so učinki boljši, je primerno postopno izpostavljanje. Na začetku mora pacient navesti vse situacije, ki se jih izogiba, in jih razvrstiti v hierarhijo od najmanj do najbolj strašljive. Izpostavljanje se začne z najmanj strašljivo in se nadaljuje do najbolj strašljive situacije, vse dokler strah ne izgine (Križnik Novšak, 2007).

Preplavljanje

Preplavljanje je ena izmed tehnik izpostavljanja, pri kateri se situaciji ne izpostavljam postopoma, ampak takoj. Pri preplavljanju je ključno, da je pacient izpostavljen strahu tako dolgo, dokler se ta ne zmanjša (Križnik Novšak, 2007).

Tehnike izpostavljanja so pokazale klinično pomembno izboljšanje pri 60-70% oseb s panično motnjo, vendar so pri 80% teh oseb bili simptomi še vedno prisotni, 35% oseb s panično motnjo pa so bili deležni manjšega izboljšanja (Wolfe in Maser, 1994).

Tehnike relaksacije

S pomočjo tehnik relaksacije pacienti lahko povečajo učinkovitost samonadzora oziroma nadzor nad motečimi telesnimi simptomi. Relaksacija pa ima učinek tudi na kognicijo, saj poveča dostopnost pozitivnih informacij, zato na ta način lažje poiščemo alternative za negativne misli (Križnik Novšak, 2007).

Križnik Novšak (2007) opisuje več stopenj učenja relaksacije. Učenje se začne s progresivno relaksacijo, med katero se oseba premika po skupinah mišicah in izmenjuje stanji napetosti in sproščenosti. Stisne pest pet sekund in jo sprosti, nato stisne komolce in jih sprosti in nadaljuje z ostalimi deli telesa 15-20 minut. Nato preide na krajšo različico sprostitve, ki traja pet do sedem minut, med katero se usmeri na dihanje in hkratno sprostitve vseh delov telesa kot na začetni stopnji. Nato sledi dve do tri minutna relaksacija »na ključ«, kjer je oseba osredotočena samo še na dihanje in se odziva na gesli »vdihnite« in »sprostite se«, ki ju psihoterapevt ponavlja. Nadaljuje se z diferencialno relaksacijo, ki traja 60 do 90 sekund. Zanja je značilno, da se sproščajo posamezne mišice, medtem ko ostale delajo. Pacient dvigne eno ramo, ostali deli telesa pa so sproščeni, nato nadaljuje z

drugimi deli telesa. Sledi hitra relaksacija, ki traja do 30 sekund. Z največ tremi globokimi vdihom in počasnimi izdihom ter geslom »sprosti se« poskuša oseba doseči največjo relaksacijo. Sledi zadnja stopnja, pri kateri oseba poskuša naučeno sproščanje, ki ga je skozi prejšnje stopnje vadila v nevtralnih situacijah, uporabiti v situacijah, ki izzivajo njen strah.

5.1.2 Psihodinamična psihoterapija

Sprva je bila Freudova tehnika za odkrivanje globoko v podzavest potisnjenih duševnih konfliktov hipnoza, ki jo je kasneje nadomestil z metodo prostih asociacij, pri kateri se oseba svobodno prepusti lastnemu miselnemu toku trenutnih asociacij. K tej psihoanalitični tehniki sodi psihoterapevtova interpretacija (razlaga, tolmačenje) pacientovih odporov, ki so odraz branjenja pred odkritjem zunajzvestnih duševnih konfliktov. Po psihoanalitični teoriji zunanizvestne vsebine razkriva tudi razlaga sanj (Ziherl, 1999).

»Bistvo psihoanalitičnega zdravljenja je prav v prenosu nezavednih vsebin v zavedno. Psihoanaliza želi pripeljati v področje zavednega večino izrinjenih travmatskih vsebin iz otroštva, ostale psihodinamske psihoterapevtske metode pa le del teh zapletov oziroma vsebin.« (Mrevlje, 1997).

5.1.2.1 Osredotočena psihodinamična psihoterapija za zdravljenje panične motnje

Erić (2010) opisuje, da je skupina ameriških psihiatrov, psihologov in psihoanalitikov, ki težijo k ponovni uveljavitvi psihoanalitične psihoterapije kot oblike zdravljenja panične motnje, zasnovala specifično tehniko psihodinamične psihoterapije, ki je usmerjena na zdravljenje paničnih napadov in panične motnje. Omenjena tehnika psihoterapije se razlikuje od tradicionalnih in dolgotrajnih psihoterapij. Sestavljena je iz treh faz, medtem ko je število seans znotraj različnih faz psihoterapije odvisno od vsakega posameznika posebej.

V prvi fazi poteka zdravljenje akutnega paničnega napada. Ključna naloga psihoterapevta je razjasnitev zavestnega in nezavednega pomena paničnih simptomov. Psihoterapevt spoznava življenjske okoliščine in dogodke, ki so povezani z razvojem panične motnje ter si pomensko razloži simptome in občutke, ki spremljajo prve napade panike. Med napadom panike osebe doživljajo nezavedne in zavestne občutke, ki jih psihoterapevt uporablja za razlago nezavednih konfliktov. Slednji se tičejo neodvisnosti in ločevanja, prepoznavanja in kontrole nad jezo ter seksualnim vzbujenjem. V tej fazi se pričakuje, da se bodo simptomi zmanjšali.

V drugi fazi poteka zdravljenje panične ranljivost. Pomembno je razumeti temeljne dinamične konflikte in jih spremeniti. Pojavi se učinek transferja, s katerim mora psihoterapevt ustrezno ravnati. Pokažejo se prva izboljšanja v medosebnih odnosih kar se tiče konfliktnosti, tesnobe, doživljanja ločevanja, občutenja jeze in seksualnega vznburjenja, zmanjšano pa je tudi doživljanje paničnih napadov.

Tretja faza predstavlja zaključek zdravljenja. Psihoterapevt SE ukvarja z neposredno tematizacijo težav osebe z ločevanjem in neodvisnostjo. Osebe lahko ponovno doživijo konflikte s psihoterapevtom, saj na ta način ozavestijo fantazije, jih razumejo in jih imajo za manj strašne. V zaključku zdravljenja so se osebe sposobne soočiti z ločevanjem in odvisnostjo ter upravljanjem jeze na nov način.

V prvih seansah zdravljenja naredi psihoterapevt diagnostično oceno, ki vključuje zgodovino paničnega napada, podrobnosti o kraju in času nastanka paničnega napada, ali oseba doživlja panični napad v družbi ali ko je sam in kakšni občutki ter fantazije doživlja oseba med paničnim napadom. Psihoterapevt razume nenaden pojav paničnega napada kot obrambo pred intenzivnimi občutki, ki so bili izzvani s strani konkretnih dogodkov in poskuša izluščiti najbolj boleč simptom, ki lahko pripelje do same psihološke narave napada (Erić, 2010).

Psihodinamična psihoterapija se izkaže za uspešno pri osebah, ki zmorejo besedno izražati svoje subjektivno doživljanje, ki lahko s psihološkega vidika razlagajo svoje občutke in ki imajo dovolj motivacije, da se spremenijo (Erić, 2010).

Pri tej tehniki psihoterapije se za pomiritev oseb ne uporabljajo zdravila, ampak namesto njih uporabljajo nekatere tehnike za pomiritev oseb kot npr. dajanje zagotovil, da se njihove težave lahko zdravi, mirno, razumevajoče in trdno stališče do osebe. Ključno je, da osebe skozi psihološko razumevanje uravnavajo simptome (Erić, 2010).

»Proces predelave obsega ponavljanje specifičnih interpretacij v različnih kontekstih manifestacije istega intrapsihičnega pojava.« Erić (2010, 398). Mnoge osebe s panično motnjo imajo težave z izražanjem svojega subjektivnega doživljanja, zaradi česar je predelava še toliko pomembnejša. Njen velik pomen se kaže tudi zato, ker se nekateri aspekti psihološkega pomena konfliktnega materiala pojavijo šele pri kasnejših seansah (Erić, 2010).

Med procesom psihoterapije se pojavi tudi transfer, ki pomeni »močan pojav, ki pacientu znotraj psihoterapevtskega ambienta omogoča, da na otipljiv način ponovno doživi in

začne razumeti afektivna stanja in fantazije v zvezi s pomembnimi odnosi.« (Erić, 2010, 398).

Ko se zdravljenje približuje zaključku, lahko pride do situacije, ko nekatere osebe začutijo potrebo, da bi zbežale, ker v procesu boja s kronično tesnobo in jezo zaradi ločevanja, neodvisnosti in zapustitve želijo prekiniti doživljanje zapuščenosti in občutka, ki je povezan z izgubo (Erić, 2010).

Cilj psihodinamične psihoterapije je, da oseba s panično motnjo začne razumeti konfliktne občutke odvisnosti in jeze, ki osebi niso dostopni na njeni zavedni ravni in ji omogočiti, da upravlja z odnosi in aktivnostmi na prilagojen način. Osebe morajo razviti bolj realne miselne konstrukcije o tem, koliko bližine in intimnosti zahtevajo. Večja asertivnost in večji občutek neodvisnosti bosta prekinila dinamiko panike in zmanjšala intenzivnost in pogostost simptomov (Summers in Barber, 2013).

Milrod idr. (2007) so v svoji raziskavi proučevali učinkovitost osredotočene psihodinamične psihoterapije za zdravljenje panične motnje. V raziskavo je bilo vključenih 49 odraslih oseb med osemnajstim in petinpetdesetim letom starosti z diagnosticirano panično motnjo na prvi osi po DSM-IV. Vsi udeleženci raziskave so bili deležni predpisanega zdravljenja, bodisi osredotočene psihodinamične psihoterapije ali pa sprostitev tehnik, in sicer dvakrat tedensko dvanaest tednov. Rezultati so pokazali, da so se pri udeležencih, ki so bili zdravljeni z osredotočeno psihodinamično psihoterapijo, simptomi panične motnje občutno zmanjšali, hkrati pa so se bili bolj sposobni odzivati v zaključku zdravljenja.

Tudi raziskava, ki so jo izvedli Beutel idr. (2013) je ugotavljala učinkovitost osredotočene psihodinamične psihoterapije za zdravljenje panične motnje. V raziskavo je bilo vključenih 54 oseb s panično motnjo z ali brez agorafobije, ki so bile razdeljene v dve skupini v razmerju 2:1, in sicer prva skupina je bila deležna zdravljenja z osredotočeno psihodinamično psihoterapijo, v drugi skupini pa je zdravljenje potekalo s kognitivno vedenjsko terapijo z izpostavljanjem. Rezultati so pokazali, da sta bila oba načina zdravljenja zelo učinkovita. Pri zdravljenju z osredotočeno psihodinamično psihoterapijo je bil odstotek remisije v zaključku zdravljenja 44.4% in po ponovitvi 50%, medtem ko je bil pri kognitivno vedenjski terapiji odstotek remisije v zaključku 61.1% in po ponovitvi 55.6%.

6 SKLEP

Naloga obravnava panično motnjo, njene simptome in epidemiologijo. Ker je panična motnja ena izmed anksioznih motenj, je na začetku pojasnjen pojem anksioznosti. V nalogi je ugotovljenih več dejavnikov, ki vplivajo na nastanek panične motnje, med njimi pa so podrobneje opisani kognitivno-vedenjski in psihodinamični vzroki. Nadalje so predstavljene različne metode zdravljenja panične motnje, med katerimi sta podrobneje opisani kognitivno-vedenjska terapija in psihodinamična psihoterapija.

Kognitivno-vedenjska terapija in psihodinamična psihoterapija sta na prvi pogled dva popolnoma različna psihoterapevtska pristopa, saj sta osnovana na dveh teorijah, ki sta se razvili v različnih časovnih obdobjih (Erić, 2010) in ki zagovarjata različen pogled na panično motnjo.

Med obema pristopoma obstaja več razlik. Med njimi je najbolj ključna naslednja. Kognitivno-vedenjska terapija se osredotoča na nastanek in vzdrževanje simptomov panične motnje in njihovo zmanjšanje oziroma odpravljanje, medtem ko se psihodinamična psihoterapija ukvarja z nezavednimi duševnimi vsebinami in njihovim uvidom ter spremembo osebnosti (Žvelc, 2013). Kognitivno-vedenjska terapija se ukvarja predvsem z navzven vidnimi simptomi panične motnje (doživljanjem strahu, telesnih senzacij, značilno kognicijo in vedenjem), psihodinamična psihoterapija pa z vzroki panične motnje (odnosi v družini v otroštvu). Žvelc (2013) omenja, da se kognitivno-vedenjska terapija ukvarja s tem, kako so nastali simptomi paničnega napada, kdaj se je pojavil prvi panični napad in s sprožilnimi okoliščinami paničnega napada, medtem ko se psihodinamična psihoterapija posveča predvsem raziskovanju odnosov v otroštvu, katere cilj je odkrivanje nezavednih vsebin. Kognitivno-vedenjski in psihodinamični pristop torej izhajata iz različnih izhodišč raziskovanja – simptomatskega in vzročnega.

Čeprav se zdi, da se kognitivno-vedenjska terapija osredotoča le na sedanost in trenutne simptome, je njeno obravnavanje negativnih avtomatskih misli povezano s preteklostjo, saj so negativne avtomatske misli skozi različne izkušnje v preteklosti postale del osebe in nanjo vplivale, kar se kaže tudi v vedenju. Žvelc (2013) omenja, da kognitivno-vedenjska terapija z usmerjanjem na preteklost poskuša razumeti simptome v sedanosti, medtem ko je za psihodinamično psihoterapijo značilno, da se osredotoča na preteklost osebe s panično motnjo z namenom raziskovanja odnosov v otroštvu in s tem nezavednih vsebin, ki so v ozadju paničnih napadov.

Opazna razlika med kognitivno-vedenjsko in psihodinamično psihoterapijo je tudi v različnem časovnem trajanju njunega zdravljenja. Zdravljenje panične motnje s

kognitivno-vedenjsko terapijo obsega približno dvanajst tedenskih seans (Grohol, 2013), kar pomeni, da zdravljenje traja dvanajst tednov, medtem ko zdravljenje s psihodinamično psihoterapijo traja približno eno leto ali manj (Ziherl, 1999). Zdravljenje panične motnje s kognitivno-vedenjsko terapijo torej poteka krajše časovno obdobje v primerjavi s psihodinamično psihoterapijo.

Za kognitivno-vedenjsko terapijo obstaja več raziskav o njeni učinkovitosti za zdravljenje panične motnje kot za psihodinamično psihoterapijo, zaradi česar kognitivno-vedenjska terapija velja za prvo izbiro zdravljenja pri panični motnji. Vzrok bi lahko iskali v tem, da je bilo izvedenih veliko več raziskav o zdravljenju panične motnje s kognitivno-vedenjsko terapijo v primerjavi z zdravljenjem panične motnje s psihodinamično psihoterapijo, saj so, kot omenja Žvelc (2013), simptomi zaradi dostopnosti lažji za raziskovanje kot pa vzroki, ki so del nezavednih duševnih vsebin.

Oba psihoterapevtska pristopa poudarjata pomen kvalitetnega odnosa in delovne alianse med pacientom in terapevtom. Med pristopoma pa vendarle obstaja razlika. Pri kognitivno-vedenjski terapiji je kvaliteten odnos predpogoj za izvajanje kognitivno-vedenjske terapije in v terapiji odnos nima osrednjega pomena, medtem ko v psihodinamični psihoterapiji zaseda terapevtski odnos osrednjo vlogo, s pomočjo katerega poteka ozaveščanje nezavednih vsebin, ki jih klient prek transfera prenaša na psihoterapevta (Žvelc, 2013).

Med obema psihoterapevtskima pristopoma torej obstajajo podobnosti in razlike. Če bi na začetku trdili, da se oba pristopa v teoriji in zdravljenju panične motnje med seboj izključujeta, pa lahko na koncu sklenemo, da se prav zaradi ključne razlike med obema pristopoma kažejo možnosti medsebojnega dopolnjevanja. Psihoterapevtska pristopa namreč izhajata iz raziskovanja različnih ravni duševnosti – kognitivno-vedenjski pristop raziskuje zavestno in predzavestno raven, ki zajema simptome panične motnje, medtem ko psihodinamični pristop raziskuje nezavedno raven, ki odstira vzroke panične motnje. Medsebojno dopolnjevanje pomeni tudi bolj celostno psihološko obravnavanje oseb s panično motnjo. Takšno zdravljenje panične motnje je že uveljavljeno znotraj integrativne psihoterapije, ki poleg kognitivno-vedenjske in psihodinamične psihoterapije vključuje še transakcijsko analizo, gestalt terapijo in na klienta usmerjeno terapijo (Žvelc in Žvelc, 2011). Žvelc (2013) omenja, da je integrativna psihoterapija na začetku osredotočena na simptome panične motnje in njihovo zmanjšanje oziroma odpravljanje, kasneje ko je ta cilj dosežen, pa se začne obravnavati nezavednih duševnih vsebin.

Poleg medsebojnega dopolnjevanja obeh psihoterapevtskih pristopov pa se mi hkrati zdi pomembno, da se znotraj kognitivno-vedenjske terapije in psihodinamične psihoterapije

razvijajo nove tehnike in pristopi k zdravljenju panične motnje kot tudi širše znotraj drugih psihoterapevtskih pristopov.

7 VIRI

- Adamčič Pavlovič, D. (2004). Panična motnja. V *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 57-70). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Adamčič Pavlovič, D. (2008). *Panična motnja*. Pridobljeno 22. 6. 2013, s http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=366&Itemid=2
- Antony, M. M. in Swinson, R. P. (1996). *Anxiety Disorders and their Treatment: A Critical Review of the Evidence-Based Literature*. Pridobljeno 13. 7. 2013, s http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/anxiety_review.pdf
- Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G. A., Broocks, A., Hajak, G. in Rüther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 269–278.
- Beutel, M. E., Scheurich, V., Knebel, A., Michal, M., Wiltink, J., Graf-Morgenstern, M., Tschan, R., Milrod, B., Wellek, S. in Subic-Wrana, C. (2013). Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapy into clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6), 326-334.
- Blenkiron, P. (2012). *Cognitive Behavioural Therapy*. Pridobljeno 23. 6. 2013, s <http://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/treatmentwellbeing/cbt.aspx>.
- Branch, R. in Willson, R. (2012). *Kognitivno-vedenjska terapija: delovni zvezek za telebane*. Ljubljana: Pasadena.
- Dobson, K. S. in Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. V K. S. Dobson (ur.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (str. 3-29). New York: A Division of Guilford Publications, Inc. <http://194.225.238.204/service/cb.pdf>
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
- Dernovšek, M. Z., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://img.ivz.si/janez/2031-5457.pdf>
- Elliott, C. H. in Smith, L. L. (2010). *Premagovanje anksioznosti za telebane*. Ljubljana: Pasadena.
- Erić, L. (2010). Panična motnja. V L. Erić (ur.), *Psihodinamična psihiatrija 2: teorije strahu in stanja strahu*. Ljubljana: Hermes IPAL.
- Galassi, F., Quercioli, S., Charismas, D., Niccolai, V. in Barciulli, E. (2007). Cognitive-Behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 409-416.

- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R. in Wittchen, H. U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 435-443.
- Grohol, J. M. (2013). Panic disorder treatment. Pridobljeno 18. 7. 2013, s <http://psychcentral.com/disorders/sx28t.htm>.
- Grossinger, R. (2002). A phenomenology of panic. V L. J. Schmidt in B. Warner (ur.), *Panic: Origins, insight and treatment*. Berkley, California; North atlantic books.
- Grubelnik, J. (2004). Funkcionalna analiza vedenja. V *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 2-13). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Hyman, B. M. in Pedrick, C. (2012). *Anxiety disorder*. Minneapolis, U.S.A.: Lerner publishing group, Inc.
- IVZ. (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Jerabek, I. (2002). Etiology of panic. V L. J. Schmidt in B. Warner (ur.), *Panic: Origins, insight and treatment*. Berkley, California; North atlantic books.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. United States of America: Hyperion.
- Kale, R. (2002). The Treatment Gap. *Epilepsia*, 43(6), 31–33.
- Kersnik, J. (1997). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulantni zdravnik splošne medicine in v dežurni ambulant. V *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji: Begunje, 24. in 25. maj 1996* (str. 92-104). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
- Kihlstrom, J. F. (1999). The psychological Unconscious. V L. A. Pervin in O. P. John (ur.), *Handbook of personality: theory and research*. New York, NY: A Division of Guilford Publications, Inc.
- Kocmur, M. (1999). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 229-258). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. in Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Križnik Novšak, A. (2007). Vedenjske tehnike. V N. Anić in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije: zbornik II* (str. 79-98). Ljubljana: Društvo za kognitivno vedenjsko terapijo.
- Leahy, R. L., Holland, S. J. F. in McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Lee, K., Noda, Y., Nakano, Y., Ogawa, S., Kinoshita, Y., Funayama, T. in Furukawa, T. A. (2006). Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry*, 6, 32.

- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V. in Otto, M. W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. *Revista brasileira de psiquiatria*, 2, 81-87.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. in Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31(1), 1-8.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytical psychotherapy: A practitioners guide*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. in Shapiro, T. (1997). *Manual od panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E. T., Graf, E., Teres, J. J. in Shear, M. K. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265-272.
- Mrevlje, G. M. (1997). Obravnava bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami ter njihova priprava na zdravljenje. V *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji: Begunje*, 24. in 25. maj 1996 (str. 105-114). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
- Panic attacks and panic disorder: Symptoms*. (31. 5. 2012). Pridobljeno 22. 6. 2013, s <http://www.mayoclinic.com/health/panic-attacks/DS00338>
- Panic attacks and panic disorder: Causes*. (31. 5. 2012). Pridobljeno 22. 6. 2013, s <http://www.mayoclinic.com/health/panic-attacks/DS00338/DSECTION=causes>
- Pastirk, S. (2004). Predstavitev nekaterih tehnik kognitivne terapije. V N. Anič (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 14-25). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Pastirk, S. (2007). Uvod v kognitivno terapijo. V N. Anič in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije: zbornik II* (str. 5-19). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.
- Pastirk, S. (2011). Vedenjsko kognitivna terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 253-284). Ljubljana: IPSA.
- Ronen, T. (2007). Clinical social work and its commonalities with cognitive behaviour therapy. V T. Ronen in A. Freeman (ur.), *Cognitive behaviour therapy in clinical and social work practise*. New York: Springer publishing company, LLC.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M. in Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29(29), 161-166.
- Salkovskis, P. M. (2007). Cognitive-behavioural treatment for panic. *Psychiatry*, 6(5), 193-197.

- Sanderson, W. C. in Rego, S. A. (2001). V W. J. Lyddon in J. V. Jones, (ur.), *Empirically Supported Cognitive Therapies: Current and Future Applications*. (str. 88-117). New York, NY: Springer publishing company, Inc.
- Semple, D., Smyth, R., Burns, J., Darjee, R. in McIntosh, A. (2005). *Oxford handbook of psychiatry*. New York: Oxford University Press Inc.
- Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N. in Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. Pridobljeno 10. 7. 2013 s <http://www.columbia.edu/itc/hs/medical/clerkships/psych/misc/articles/shear.pdf>
- Summers, R. F. in Barber, J. P. (2013). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York, NY: A Division of Guilford Publication, Inc.
- Stamos, V. (1997). Fobične, anksiozne in obsesivno-kompulzivne motnje. V *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji: Begunje*, 24. in 25. maj 1996 (str. 25-37). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
- World Health Organisation. (1993a). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Pridobljeno 4. 8. 2013, s <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
- World Health Organisation. (1993b). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Pridobljeno 4. 8. 2013 s <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Wolfe, B. E. in Maser, J. D. (1994). *Treatment of panic disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Wolpe, J. in Rowan, V. C. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour research and therapy*, 26(6), 441-450.
- Ziherl, S. (1999). Zdravljenje psihiatričnega pacienta. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Žmitek, A. (1997). Zapleti pri nevrotskih in somatoformnih motnjah. V *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji: Begunje*, 24. in 25. maj 1996 (str. 60-71). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
- Žvelc, M. (2011). Kaj je psihoterapija? V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 1-9). Ljubljana: IPSA.
- Žvelc, G. in Žvelc, M. (2011). Integrativna psihoterapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohar (ur.), *Psihoterapija* (str. 565-590). Ljubljana: IPSA.
- Žvelc, G. (2013). Osebna komunikacija.