

Panik Bozukluk için Bilişsel Davranışçı Terapi Süreci ve Sonucunu Yordayan Faktörler: Değişim Mekanizmalarına Bir Bakış

Hazal Selinay KILIÇ¹, Özden YALÇINKAYA ALKAR²

¹Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih
Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

Öz

Panik bozukluk, ani, yoğun, beklenmedik ve tekrarlayıcı bir korkuyu içeren panik ataklarla ve gelecekteki olası ataklara ilişkin endişe duymakla karakterize olan bir kaygı bozukluğudur. Etkili bir tedavi gerektiren panik bozukluk için bilişsel davranışçı terapi (BDT), çeşitli çalışmalarda faydası gösterilmiş olan bir yöntemdir. Buna karşın çalışmalar, tedavi alan kişilerin her zaman aynı ölçüde düzelme göstermediğini ve tedaviden sonra belirtilerin tekrarlayabildiğini de ortaya koymaktadır. Dolayısıyla tedavi sonucunun uzun vadede daha işlevsel olmasını destekleyebilecek faktörlerin araştırılması önemlidir. Bu doğrultuda, panik bozukluk için uygulanan BDT sürecini gözden geçirmek ve tedavi sonucunu yordayan faktörleri incelemek amaçlanmıştır. Öncelikle panik bozukluğun tanımı ve konunun önemi, sonra panik bozukluk için uygulanan BDT'nin varsayımları ve yöntemleri açıklanmıştır. Ardından gözden geçirilenin temel amacına uygun olarak, terapi süreci ve sonucunun yordayıcıları incelenmiştir. Faktörler, tedavi öncesinde mevcut olanlar ve terapi süreciyle ilişkili olanlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Tedavi öncesinde mevcut faktörler bozukluğun özellikleri, eş tanılar ve sosyal çevre koşullarıdır. Terapi süreciyle ilişkili faktörler ise terapiden beklenti, bağlılık, terapötik ittifak ve BDT'nin panik bozuklukla ilgili bilişsel ve davranışsal değişim mekanizmalarını içermiştir. Panik belirtilerindeki azalmayı yordadığı bilinen değişim mekanizmaları; felâketleştirme, kaygı duyarlılığı, panik öz-yeterliliği, zamansal (temporal) değişim ve güvenlik davranışları olmuştur. Son olarak tartışma bölümünde ise literatür taramasının önemli noktaları vurgulanmış ve birtakım öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Panik bozukluk, bilişsel davranışçı terapi, tedavi sonucu, terapi

Abstract

Predicting Factors of Cognitive Behavioral Therapy Process and Outcome for Panic Disorder: An Overview of Mechanisms of Change

Panic disorder is an anxiety disorder characterized by panic attacks which includes abrupt, intense, unexpected and recurrent fear and worry about possible future attacks. The disorder requires an effective treatment and cognitive behavioral therapy (CBT) for panic disorder has been proven to be beneficial in various studies. However, despite the effects, studies also demonstrate that people receiving treatment do not always improve to the same extent and that symptoms may relapse after treatment. Therefore, it is important to investigate factors that may promote better treatment outcomes in the long term. In this regard, it was aimed to review the cognitive behavior therapy process applied for panic disorder and examine factors predicting the outcome. Firstly, definition of panic disorder and its importance, then the assumptions and methods of CBT for panic disorder were described. Following that, in accordance with the main aim of the review, predictors of therapy process and outcome were examined. Predictors were divided into factors present before treatment and factors associated with therapy process. Those present before treatment are characteristics of the disorder, comorbid diagnosis and social environment conditions. Factors associated with therapy process included expectations from therapy, adherence, therapeutic alliance and cognitive and behavioral change mechanisms in CBT for PD. Change mechanisms encompassed catastrophizing misinterpretations, anxiety sensitivity, panic self-efficacy, temporal change and safety behaviors, which had been demonstrated to predict decreases in panic symptoms. Lastly, substantial points of the literature review were emphasized, and some suggestions were offered in the discussion section.

Keywords: Panic disorder, cognitive behavioral therapy, treatment outcome, therapy

Correspondence / Yazışma:
Hazal Selinay KILIÇ, Ankara Üniversitesi
Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Psikoloji
Bölümü, Ankara, Türkiye

E-mail: hazalselinay@gmail.com

Received / Geliş: 01 Ekim 2020

Accepted / Kabul: 24 Aralık 2020

Online published / Çevrimiçi yayın:
03 Ocak 2021

©2020 JCBPR, Available online at
<http://www.jcbpr.org/>

Cite this article as: Kılıç, H.S., Yalçinkaya Alkar, Ö. (2021). Panik Bozukluk için Bilişsel Davranışçı Terapi Süreci ve Sonucunu Yordayan Faktörler: Değişim Mekanizmalarına Bir Bakış. J Cogn Behav Psychother Res; 10(3),315-329 <https://doi.org/10.5455/JCBPR.138819>

Panik bozukluk (PB), ani, yoğun ve beklenmedik bir korku durumuyla tanımlanan tekrarlayıcı *panik ataklarla* seyreden; gelecekteki olası ataklar ve bunların sonuçlarıyla ilgili endişenin görüldüğü bir kaygı bozukluğudur [Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013]. PB'de panik ataklar sıklıkla, öncesinde ipucu olmadan ortaya çıkmakta, ataklar esnasında kalbin hızlanması, nefesin daralması, sersemleme, uyuşma hissi, titreme gibi bedensel belirtiler; kontrolü kaybetme veya ölme korkusu gibi bilişsel belirtiler görülmektedir. Gelecek ataklara ilişkin endişeden ötürü, atakları önleyecek veya bunlardan kaçınmayı sağlayacak davranış değişiklikleri gerçekleşmektedir. Beklenmedik ve kontrol edilemeyen doğası, panik atakların yarattığı sıkıntıyı daha da artırmaktadır (Wolf ve Goldfried, 2014).

Epidemiyolojik çalışmalar, genel popülasyonda yaşam boyu görülme oranlarının panik ataklar için %13-22, PB içinse %1.7-3.7 aralığında olduğunu ortaya koymaktadır (de Jonge ve ark., 2016; Kessler ve ark., 2006). Yaşamlarının bir döneminde PB tanısı almış olan bireylerin yaklaşık %80'inde depresyon ve diğer kaygı bozuklukları gibi eş tanılar ortaya çıkabilmektedir (de Jonge ve ark., 2016). Bozukluk, tedavi edilmediğinde genellikle kronik bir gidişat izlemekte; tedaviyle birlikte tam iyileşmeye ulaşan birey sayısı görece az olmakta, belirtilerin nüksedebildiği bilinmektedir (APA, 2013). Kaygı bozukluklarını gösteren bireylerin 12 yıl takip edildiği bir çalışmada, PB'nin tekrarlama oranının %56 olduğu görülmektedir (Bruce ve ark., 2005). Sendrom düzeyinde kriterleri karşılamayan eşik altı (*subthreshold*) belirtiler sonuçlara dâhil edildiğinde, üç yıllık takip döneminde nüks etme oranlarının daha da artması, bozukluk için süregelen bir yatkınlığa işaret etmektedir (Nay, Brown ve Roberson-Nay, 2013). Panik belirtilerinin nüks etmesine ek olarak, zamanla başka kaygı bozuklukları da ortaya çıkabilmektedir (Scholten ve ark., 2013). PB ayrıca sosyal ve mesleki işlevselliğinin bozulması, günlük işleri idare etmede güçlük, fiziksel sağlığın kötüleşmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, iyilik halinin azalması gibi önemli sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (Chambless ve ark., 2017; Fava ve ark., 2001).

Bahsedilen kritik etmenler, PB için etkili tedavilerin gerekliliğine işaret etmektedir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), PB için etkililiği gösterilmiş bir tedavi yöntemidir. Bir meta-analiz çalışması BDT'nin, tedavi almayan kontrol gruplarına kıyasla, PB belirtilerinde daha büyük değişimleri yordadığını ortaya koymaktadır (Mitte, 2005). BDT

sonucunda PB belirtilerinin şiddeti önemli ölçüde azalmakta ve terapide elde edilen kazanımlar, çoğu birey için uzun süre korunmaktadır (Marchand, Roberge, Primiano ve Germain, 2009; Nakano ve ark., 2008). BDT'nin ayrıca ilaç kullanımındaki düşüş, yaşam kalitesindeki ve genel işlevsellikteki artış ile bağlantılı olduğu bilinmektedir (Gloster ve ark., 2013; Heldt ve ark., 2011; Marchand ve ark., 2009).

BDT'nin olumlu etkisine karşın, boylamsal çalışmalarda, terapi sonrasında bozukluğun uzun vadede değişken bir gidişatı olduğu görülmektedir (C. Svanborg, Wistedt ve Svanborg, 2008). Örneğin bir gözden geçirme çalışması, BDT'nin hemen ardından PB'de iyileşmenin sağlandığını ancak bir yıl sonrasında, bu etkinin anlamlı olmaktan çıktığını göstermektedir (van Dis ve ark., 2019). Kısa vadede hafifleyen belirtiler, tedavi alanların yaklaşık %30'unun başka tedavi arayışına girmesini gerektirecek şekilde tekrarlayabilmektedir (Brown ve Barlow, 1995). Ayrıca, tedavinin sonrasında kalıntı (*residual*) belirtiler görülebilmekte; bunlar 2 yıllık süreçte artarak devam edebilmektedir (Gloster ve ark., 2013; Fava ve ark., 2001). Bu sonuçlar, BDT'nin PB için sağladığı sonuçların her birey için aynı derecede kalıcı olmayabileceğine işaret etmektedir.

BDT'de her zaman için en işlevsel sonuçların sağlanmıyor olması ve uzun vadede belirtilerde kötüleşme olabilmesinden ötürü, yalnızca terapinin hemen ardından etkili sonuçlar elde edilip edilmediğinin incelenmesi yeterli bilgi verememektedir. Dolayısıyla terapi süreci boyunca değişerek ilerleme göstermeyi yordayan ve kazanımların sağlanmasında belirleyici olan faktörlerin incelenmesi önem taşımaktadır (Gallagher ve ark., 2013). BDT'de tam olarak nelerin değişmesiyle birlikte işlevsel sonuçların elde edilebildiğini anlamının, tedaviyle yeterince kazanç elde edemeyen veya belirtileri nükseden bireyler için terapinin etkililiğini artırmada faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu yazıda, PB için uygulanan BDT'de ideal sonuçları sağlamada etkili olabilecek çeşitli değişim faktörlerini ele almak amaçlanmaktadır. Öncelikle BDT'nin PB için temel varsayımlarından ve uygulama yollarından bahsedilecek, ardından araştırmalarda terapi sonucunu etkilediği bulunan çeşitli faktörler incelenecektir. Bu faktörler temel olarak, terapi öncesinde de var olan etmenler ile süreç boyunca değişen etmenleri içerecektir. Son olarak, konuya ilişkin tartışma sunulacak; bahsedilen etmenlere odaklanmanın önemi ve sonuçları üzerinde durmaya çalışılacaktır.

BDT’NİN PB İÇİN VARSAYIMLARI VE UYGULAMA YÖNTEMLERİ

Aaron Beck’in (1979) geliştirdiği BDT, ruhsal bozukluklar için en yaygın kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. BDT’nin PB için açıklamasında, kişinin panik ataklarla ilişkili beden duyularını, yaklaşan bir fiziksel, zihinsel veya davranışsal felaketin işareti olarak yorumlaması merkezdedir (Clark ve Beck, 2009). PB için yatkınlığı olan bireyler, içsel bedensel veya zihinsel duyumlara otomatik olarak daha fazla dikkat göstermekte; bireyin fizyolojik değişimlere ilişkin tehdit içerikli zihinsel şemaları aktif hale gelerek, duyuların yanlış bir şekilde felaketleştirilip (*katastrofik yorumlar*) tehdit edici algılanmasına yol açmaktadır. Böylece ‘kalp krizi geçirip öleceği’, ‘sersemlemesinin beyin tümörüne işaret ettiği’ gibi otomatik düşünceleri ortaya çıkan bireyin kaygısı ve bedenine yönelik dikkati giderek artmakta; bu şekilde belirtilerinin şiddetlenmesiyle birlikte bir *panik kırsırdönüşü* ortaya çıkmaktadır. Craske ve Barlow (2014), PB için; genetik/mizaç, kaygılı olmaya yatkınlık ve kontrol hissinin azaldığı erken yaşam deneyimlerini içeren üçlü yatkınlık kuramından bahsetmektedir. Burada, felaketleştirmeye yakından ilişkili bir faktör olarak, kaygının ve ilişkili belirtilerin yıkıcı etkilerinin olacağı endişesinden ötürü bunlardan korkmak olan *kaygı duyarlılığının* veya ‘korkudan korkmanın’ (*fear of fear*) etkisi vurgulanmaktadır. Clark ve Beck’e (2009) göre, yeniden değerlendirme becerisinin kaybedilmesi ve panik atakların tekrarlamasıyla ilgili endişeyi yansıtan *beklenti kaygısı*, kaygı ve paniğin kalıcılığında rol oynamaktadır. Panik ataklara karşı geliştirilen *güvenlik arayıcı davranışlar* (ör. atak esnasında bir yere tutunmak, yanında sürekli ilaç taşımak gibi) ve *kaçınma* da sürdürücü etki göstermektedir. Bu davranışlar, kalp krizi, kontrolü kaybetme gibi ‘felaketleri’ önleme amacı taşıyan başa çıkma stratejileri olarak görülmekte; kaçınma, atakları tetikleyebilecek dışsal ve içsel durum ve deneyimlerden kaçınma (ör. panikle ilişkili fiziksel duyumlara yol açabilecek etkinliklerden kaçınma) şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kaygının kontrol edilemez olduğu algısı da bahsedilen belirtileri şiddetlendirmektedir (Barlow, 1988 akt. Fentz, Arendt, O’Toole, Hoffart ve Hougaard, 2014).

Bahsedilenler doğrultusunda terapinin temel amaçları; panikle ilişkili duyumlara karşı tepkiselliği azaltmak, felaketleştirici yorumlamaları zayıflatıp alternatif düşünceler geliştirmek, kaçınma ve güvenlik davranışlarını ortadan kaldırmak, kaygıya tahammül edebilmeyi güçlendirmek (Clark ve Beck, 2009). Yaklaşık 12-15 seanstan oluşan

terapide *psikoeğitimle* bozukluğun belirtileri, kaygının ve korkunun/paniğin sebepleri ve fiziksel, bilişsel ve davranışsal bileşenlerle oluşan döngü açıklanmaktadır (Craske ve Barlow, 2014). Eğitimde, kaygılıyken gerçekleşen fizyolojik değişimlerin uyum sağlamaya hizmet ettiği vurgulanarak, belirtilerle ilgili yanlış algıları düzeltmek hedeflenmektedir. *Kendini-izleme* (self-monitoring) ile kişinin kendini doğru şekilde gözlemlemesi amaçlanarak terapi boyunca atakların ve günlük duygu durumunun kaydını tutması istenmektedir (Craske ve Barlow, 2014). *Nefes egzersizleri* bazen tedavinin parçası olabilece de, kaygıdan kaçınma stratejisi haline gelebilmesinden ötürü, bariz şekilde aşırı sık nefes alma (hiperventilasyon) eğilimi olmadığı sürece, terapinin zorunlu bir parçası olarak görülmemektedir (McCabe ve Antony, 2005). Terapinin önemli bileşenlerinden *bilişsel yeniden yapılandırma*, kişinin felaketleştirme ve tehdiye yönelik aşırı tahminlerde bulunma (*overestimation*) şeklindeki hatalı bilişlerini fark edip geçerliliklerini sorgulayarak bunlara gerçekçi alternatifler üretebilmesi üzerinedir (Craske ve Barlow, 2014). Bu müdahalede düşüncelerin duygulara etkisi açıklanmakta, kaygılı anlardaki düşünceler yakalanarak ele alınmakta ve kaygıyı azaltmak değil, bunu ortaya çıkaran düşünceleri değiştirmek amaçlanmaktadır. PB için BDT’nin temel uygulaması olan maruz bırakma ise *gerçek yaşamda (in vivo) maruz bırakmayla* kişinin belirli durum ve bağlamlara koşullanan korkusunu; *içsel (interoceptive) maruz bırakmayla* bedensel duyularından duyduğu korkuyu değiştirmeyi hedeflemektedir (Craske ve Barlow, 2014). Kişinin, kendini koruduğuna inandığı güvenlik davranışları olmadan maruz kalmasının ardından, beklediği sonuçlarla karşılaşmamasından ötürü değerlendirmelerinin yanlışlığını göreceği, kaygısının azalacağı varsayılmaktadır. Tüm müdahalelerin mantığını (rasyonelini) açıklamak ve ödevlerle birlikte kazanımları günlük yaşama genellemek de tedavideki önemli unsurlardandır.

Özetle BDT, PB’yi yapılandırılmış teknikleriyle ele almakta; atakların fiziksel ve bilişsel belirtilerini, beklenti kaygısını ve kaçınma/önleme davranışlarını aza indirmektedir. Terapiyi alanların önemli bir oranı için belirtilerin şiddetinde ve işlevsellikte iyileşme görülse de, herkes aynı gelişmeyi elde edememektedir. Bu bilgi göz önünde bulundurularak, sonraki bölümlerde PB’ye uygulanan BDT’nin öncesinde mevcut olan etmenler ve süreç boyunca değişim göstererek sonucu yordayan faktörler, literatür temelinde incelenecektir. Bu faktörler, Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Panik bozukluğa uygulanan BDT sürecini ve sonucunu yordayan faktörler

Tedavi Öncesinde Mevcut Olan Faktörler
Bozuklukla ilişkili özellikler <ul style="list-style-type: none"> • Erken başlangıç • Uzun süre • Belirti şiddeti • İşlevsellikteki bozulma
Eş tanılar <ul style="list-style-type: none"> • Kalp ve solunum hastalıkları eş tanısı • Depresyon, kaygı bozuklukları ve kişilik bozuklukları eş tanıları • BDT'nin PB protokolünün ruhsal bozukluk eş tanılarına etkisi
Kişinin sosyal çevre koşulları <ul style="list-style-type: none"> • Stresör ve eleştiriler • Sosyal çevrenin bozukluğu pekiştirici etkisi
Terapi Süreci Kapsamındaki Faktörler
Terapötik faktörler <ul style="list-style-type: none"> • Kişinin terapiye dair beklentisi • Bağlılık • Terapötik ittifak
Terapi sürecindeki bilişsel ve davranışsal değişim mekanizmaları <ul style="list-style-type: none"> • Beden duyumlarının felâketleştirilmesi • Kaygı duyarlılığı • Panik öz-yeterliliği • Zamansal değişim • Güvenlik davranışları

PB'YE UYGULANAN BDT SÜRECİNİ VE SONUCUNU YORDAYAN FAKTÖRLER

Tedavi Öncesinde Mevcut Olan Faktörler

Bozuklukla ilişkili özellikler: Araştırmalar bozukluğun 60 yaşın sonrasındaki geç başlangıcının, BDT'de durumsal kaçınma açısından daha iyi sonuçları (Hendriks, Keijsers, Kampman, Hoogduin ve Oude Voshaar, 2011; Nakano ve ark., 2008); 20 yaş öncesi *erken başlangıcın-sa* panik belirtilerinde daha zayıf sonuçları yordadığını ortaya koymaktadır (Chambless ve ark., 2017). Ancak çalışmada, psikodinamik terapiyle BDT'nin karşılaştırıldığı ve BDT'nin erken başlangıçta daha etkili olduğu görülmektedir. *Bozukluk süresi* açısından sürenin uzun olması, belirti şiddetindeki düşüşlerin az olmasını (Nakano ve ark., 2008); daha kısa olması ise iyi sonuçları yordamaktadır (Hendriks ve ark., 2011). Uzun süre, tedavinin hemen sonrasındaki sonuçları etkilemese de 1 yıl sonraki değişimi olumsuz yönde yordamakta; dolayısıyla kazanımları sürdürme üzerinde etkisi olmaktadır (Ramnerö ve Öst, 2004). *Belirtilerin tedavi öncesindeki şiddetinin etkisi*, davranışsal müdahalelere odaklı terapide şiddetli durumsal kaçınmanın, tedavideki değişimi olumsuz

etkilemesiyle kendini göstermektedir (Ramnerö ve Öst, 2004). BDT'nin, şiddetli belirtiler için, daha az şiddetli belirtilerde olduğu kadar etkili olduğunu gösteren bir araştırmaya (Aaronson ve ark., 2008) karşın; Brown ve Barlow'un (1995) boyamsal çalışmasında tedaviden önceki belirti şiddeti, tedaviden 2 yıl sonraki daha kötü sonuçları yordamakta ve şiddetli belirti gösterenlerin, kısa vadede terapiye yanıt verseler de kazanımlarını sürdürmedikleri, uzun vadede iyileşmede dalgalanma yaşamaya açık olabilecekleri belirtilmektedir.

PB ile ilişkili özelliklerin tedaviye etkisi incelendiğinde, bozukluğun sonucu olan *işlevsellikteki bozulmaya* da değinmek gerekmektedir. Çalışmalar BDT'nin öncesinde ev, iş/okul, sosyal yaşam işlevlerindeki bozulmaların; terapinin erken aşamalarında kötüleşmeyi, ilerlemenin yavaşlamasını, belirtilerdeki kötü sonuçları, terapiyi tamamlama oranlarındaki düşüklüğü ve iyileşme sonrası 2 yıllık dönemdeki nüksetmeyi yordadığını göstermektedir (Lutz ve ark., 2014; Nakano ve ark., 2008; Rodriguez, Bruce, Pagano ve Keller, 2005; Scholten ve ark., 2013). Uygulamacı klinisyenler de işlevselliğin bozulmasını, BDT'deki ilerlemeye engel olarak tanımlamaktadır (Wolf ve Goldfried, 2014). Özetle, tedavi öncesi belirti şiddeti, bozukluğun genç yaşta başlaması, uzun süresi, günlük işlevlerin bozulmuş olması, tedavinin faydasını genelde olumsuz etkilemektedir.

Eş tanılar: PB'ye hem kalp ve solunum hastalıklarının hem de ruhsal bozuklukların eşlik edebildiği ve BDT'ye etkileri açısından ele alındıkları bilinmektedir.

Kalp ve solunum hastalıkları eş tanıları: PB tanısı olan bireylerde kalp ve solunum hastalıkları eş tanı olarak görülebilmektedir (Meuret, Kroll ve Ritz, 2017). Kalp hastalığı eş tanı oranları %7-37 gibi değişen oranlarda tespit edilmektedir (Chang ve ark., 2019; Tully, Cosh ve Baumeister, 2014). Geniş örneklemelerle yürütülen boyamsal çalışmalar, PB tanısının sonrasında koroner kalp hastalığının ortaya çıkma riskinin 2 kat fazla olduğunu göstermektedir (Gomez-Caminero, Blumentals, Russo, Brown ve Castilla-Puentes, 2005; Tully ve ark., 2015). Erken yaşta başlayan PB, sonraki hipertansiyon riskini de artırmaktadır (Stein ve ark., 2014). Solunum hastalıkları açısından çift yönlü bir bağlantı bulunmakta; genç yetişkinlikteki astım 20 sene sonraki PB başlangıcıyla ve genç yetişkinlikteki PB de sonraki astım başlangıcıyla ilişkili olmaktadır (Hasler ve ark., 2005). Sonuçlar, arada nedensel bir bağlantı olabileceğini yansıtmaktadır (Walters, Rait, Petersen, Williams ve Nazareth, 2008).

Kalp-damar ve solunum hastalıkları eş tanısı olduğunda, PB için uygulanan BDT müdahaleleri açısından yaşanabilecek olası zorluklara yönelik bazı değişiklikler önerilmektedir (Tully, Sardinha ve Nardi, 2017). BDT’de temel müdahalelerden olan içsel maruz bırakmada, belirtilerin tetiklenmesi için uygulanan hızlı nefes alıp verme (hiperventilasyon) alıştırmaları, kalp ve solunum hastalığı olanlar için kalbe giden kanın azalması ve bronşlarda daralma gibi sorunlara yol açabilmektedir (Lehrer ve ark., 2008; Tully, Harrison, Cheung ve Cosh, 2016). Dolayısıyla hiperventilasyonu ortaya çıkarmadan kalple ilgili belirtilere alışmayı sağlayan uygulamalar yapılması önerilmektedir (Tully ve ark., 2017). Kalp hastalıkları ve PB’de ortak olan hızlı kalp atışı ve çarpıntı gibi belirtilerin yalnızca beden duyularının felaketleştirilmesine bağlı olarak ortaya çıkmaması, bu belirtilerin görmezden gelinmesi durumunda kalp krizi için gereken tıbbi yardımı geciktirme riski taşımaktadır (Tully ve ark., 2016). Bu örtüşme nedeniyle, psikoeğitimde kalple ilişkili gerçek belirtiler ile panik arasında ayırım yapmanın uygun olmayacağı belirtilmektedir. Bu kapsamda, belirtilerle ilgili kaygıyı artıran tehdit algısına ve kalp hastalığıyla ilgili inançlar üzerinde durmayı öne çıkaran araştırmacılar, kalp hastalığıyla ilişkili risk faktörlerinin arasından daha değişebilir olanları belirleyerek, bunlar üzerinde nasıl kontrol sağlanabileceğine odaklanmayı önermektedir (Tully ve ark., 2017). Ayrıca belirtilerin felaketleştirmeye veya gerçek bir tehditle ilişkisini anlamadaki zorluk açısından; hangi belirtiler için acil yardım arayışına girileceğiyle ilgili bir eylem planı oluşturmak ve tehlikesiz olabilecek belirtiler üzerinde durmak gibi alternatifler sunulmaktadır. Araştırmacıların bu değişikliklerle gerçekleştirdikleri pilot uygulamada panik atakların, kaygının ve hastanede kalple ilgili sebeplerden ötürü yatma süresinin azaldığı görülmektedir (Tully ve ark., 2017). Astım eş tanısı açısından, PB için uygulanan standart BDT protokolüne astım ile panik belirtilerinin ayırt edilmesi ve astıma ilişkin eğitim gibi eklemeler yapıldığında; panikte azalma, astım ilaçlarına daha iyi uyum sağlanması, astımla ilişkili yaşam kalitesinin artması gibi sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir (Feldman ve ark., 2016; Lehrer ve ark., 2008). Özetle, tıbbi eş tanıları PB için uygulanan standart BDT’de bazı düzenlemeler yapılmayı gerektirir niteliktedir.

Ruhsal bozukluk eş tanıları: PB’ye sıklıkla duygudurum, kişilik ve diğer kaygı bozuklukları eşlik edebilmektedir; eş tanıların BDT’ye etkileri konusunda farklı sonuçlar elde edilmektedir (Brown, Antony ve Barlow, 1995; Telch, Kamphuis ve Schmidt, 2011). BDT’nin sonrasında kısa

vadede azalma gösteren depresyon ve kaygı bozuklukları eş tanı belirtilerinin, 2 yıl sonraki değerlendirmede arttığı görülmektedir; buna karşın panik belirtilerindeki kazanımlar 2 yılda sürdürülmektedir (Brown ve ark., 1995). Dolayısıyla, eş tanıları PB’nin bağımsız olabileceği ve eş tanının PB sonuçlarını olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir; bir meta-analiz çalışması da eş tanıların, BDT’deki ilerlemeyi yordamadığını göstermektedir (Porter ve Chambless, 2015). PB’ye uygulanan BDT’de kişilik patolojisi incelendiğinde, eşlik eden C kümesi (kaygılı küme) kişilik bozuklukları, panik belirti şiddetindeki daha az düşüşü yordamakta (Telch ve ark., 2011); bahsedilen meta-analiz de bunu desteklemektedir (Porter ve Chambless, 2015). Ancak başlangıçtaki belirti şiddetinin, kötü sonuçları daha güçlü şekilde yordadığı ve PB’ye kişilik bozukluğunun eşlik etmesinin BDT için uygun olmadığı görüşünün yeterince desteklenmediği belirtilmektedir.

Geçmiş tanı sistemlerinde agorafobiyle PB aynı başlıkta ele alınmasına karşın, mevcut sistemde aralarında ayırım yapılmaktadır. Agorafobi, halka açık veya kalabalık alanlarda, kaçmanın zor olabileceği veya panik benzeri belirtiler yaşandığında yardım alınmayacağı düşüncelerinden ötürü belirgin kaygı, korku ve kaçınma gösterilmesidir (APA, 2013). PB’de, agorafobi görülmediğinde de atakları tetikleyebilecek durumlardan kaçınılmaktadır. *Agorafobik kaçınmaysa* daha geniş kapsamlı olmakta; agorafobinin tabloyu zorlaştırabildiği, daha uzun epizodlarla ilişkili olduğu, işlevselliği daha çok kısıtladığı, nüksetmeyi yordadığı bildirilmektedir (Fava ve ark., 2001; Gloster ve ark., 2013; Aafjes-van Doorn ve ark., 2019).

Eş tanıların PB tedavisine etkisi incelendiği gibi, PB’ye uygulanan BDT’nin eş tanılarına etkisi de ele alınmakta; PB’ye uygulanan BDT’nin ardından, doğrudan odaklanılmasa bile, yaygın kaygı bozukluğu (YKB), özgül fobi, sosyal kaygı bozukluğunu gösterenlerin oranı azalmakta (Tsao, Mystowski, Zucker ve Craske, 2005); PB tedavisinin özellikle YKB için etkili olabildiği bildirilmektedir (Brown ve ark., 1995). Depresyon eş tanısının etkisine ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda PB belirtilerinin şiddetinde daha az düşüş olduğu görülmektedir (Tsao ve ark., 2005; van Balkom ve ark., 2008). Bazılarında ise BDT’nin sonuçları depresyondan etkilenmemekte; hatta PB’ye odaklı olan BDT, depresyon belirtilerini de azaltmaktadır (Cuijpers, Cristea, Weitz, Gentili ve Berking, 2016; Emmrich ve ark., 2012). Bu, BDT’nin davranışsal aktivasyonu ve öz-yeterliği destekleyerek depresyonu olumlu etkileyebilmesiyle açıklanmaktadır. Benzer

doğrultudaki bir çalışmada PB'ye yönelik BDT'ye eş tanı odaklı seanslar eklemenin etkisi incelendiğinde, başlıca tanı olan PB'ye odaklı kalmanın, eş tanı seanslarının eklendiği koşula kıyasla, PB belirtileri ve eş tanı üzerinde daha etkili olduğu görülmektedir (Craske ve ark., 2007). Özetle eş tanı, PB tedavisinin sonucunu her zaman olumsuz etkilememekte; PB odaklı terapi, eş tanı belirtilerini de azaltabilmektedir.

Kişinin sosyal çevre koşulları: Sosyal çevrenin, tedavi süreci veya sonucuna etkisine ilişkin sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Boylamsal bir PB terapisi çalışmasında iki yıl sonra belirtileri nüksedenlerin %70'inin stresli olaylar yaşadığı; özellikle yakın ilişkilerdeki anlaşmazlıkların etki ettiği ortaya çıkmaktadır (Heldt ve ark., 2011). Ailenin etkisini araştıran bir çalışmada, PB tanılı kişilerin aileleri ile ilişki problemleri üzerine tartışmaları incelendiğinde; aile üyesinin, kişinin olumsuz davranışlarını bozukluğa atfetmesinin, kişinin maruz bırakma uygulamasında daha az ilerleme göstermesiyle ilişkili olduğu görülmektedir (Renshaw, Chambless ve Steketee, 2006). Aile üyesini eleştirel algılamak, kaygı/kaçınma ölçümlerinde daha az düzelleme göstermeyi; eleştirilerden ötürü üzüntü duymak ise depresyon düzeyinin artmasını ve maruz kalma esnasında daha kaygılı olmayı yordamaktadır (Renshaw ve ark., 2006; Steketee, Lam, Chambless, Rodebaugh ve McCullouch, 2007). Sonuçlar, ailenin tedaviye katılımı için kişiyi desteklemedeki başarısızlığıyla açıklanmaktadır.

Destek eksikliğinden farklı olarak evlilik, nükssetme riskini artırmakta; bu durum, kişinin kaçınma davranışlarının pekiştirilmesinin bu örüntüyü sürdürmesi ihtimaliyle açıklanmaktadır (Nay ve ark., 2013). Uygulamacılar da sosyal ağın desteğinin eksik olmasını veya bu ağın belirtileri pekiştirici davranışlar göstermesini, terapi başarısına engel olarak tanımlamaktadır (Wolf ve Goldfried, 2014). Dolayısıyla PB tanılı kişilerin sosyal sistemleri, sistemdeki stresörler, eleştiriye karşı tepkisellik ve sosyal çevrenin bozukluğu pekiştirici etkisi, tedavi sürecinde önemli olabilmektedir.

Terapi Süreciyle İlişkili Faktörler

Terapötik faktörler

Kişinin terapiye dair beklentisi: Klinisyenler, kişilerin kaygılarından tamamen kurtulacaklarını beklemesinin, iyi sonuçlar elde etmeyi zorlaştırabildiğini belirtmektedir (Wolf ve Goldfried, 2014). PB tanılı kişilerin terapinin faydasına dair beklentileri değerlendirildiğinde; tedavinin

başındaki beklentilerden daha çok, ikinci seanstaki beklentilerin belirtilerdeki iyi sonuçları yordadığı görülmekte; bu seansta tedavi rasyonelinin öğrenilmesinin ve terapistte yönelik ilk tepkilerin beklentileri etkileyebileceği belirtilmektedir (Chambless ve ark., 2017). Beklentilerin, terapistteki çalışma işbirliğini destekleyerek sonucu yorduyor olabileceği ifade edilmektedir.

Bağlılık: Yapılandırılmış olan BDT kılavuzları, müdahalelerin tutarlı şekilde uygulanmasını ve BDT harici müdahale kullanılmamasını amaçlamakta (Zickgraf ve ark., 2015); terapistin yönergelere *bağlılığı* (*adherence*), PB sonuçlarını etkilemektedir. Bağımsız gözlemcilerin seans kayıtlarında terapistin bağlılığını incelediği bir çalışmada erken aşamalarda bağlılığın, belirtiler ve işlevsellikteki iyi sonuçları; maruz bırakma rasyonelini açıklarkenki bağlılığın, terapistten 6 ay sonraki durumsal kaçınma değişimini yordadığı görülmektedir (Haug ve ark., 2016; Weck ve ark., 2016). Dolayısıyla bağlılık, özellikle bilişsel modeli ve uygulama rasyonelini tanıtırken faydalı olmakta, uzun süreli kazanımları yordamaktadır.

Bağlılık yalnızca terapistle ilgili olmamaktadır. PB tanılı kişilerin seans kayıtlarında gözlemlenen düşmanca tutum ve direnci, terapistin kılavuza bağlılığını olumsuz etkilemekte; terapistler BDT protokolü dışındaki müdahalelere yönelebilmekte, kişiye karşı olumsuz tutumlar geliştirebilmektedir (Boswell ve ark., 2013; Zickgraf ve ark., 2015). Terapinin başlangıcındaki düşmanca direnç, erken bırakmayı; terapinin ortasındaki düşmanca dirençse belirtilerdeki iyileşmenin yavaşlamasını yordamaktadır (Schwartz, Chambless, McCarhy, Milrod ve Barber, 2018). Dolayısıyla bağlılık, PB tedavisinin sonuçlarını etkilemekte ve kişilerin direncinden etkilenmektedir.

Terapötik ittifak: Terapistle danışan arasındaki bağı ve terapi hedefleri ile yöntemler üzerinde anlaşmayı içeren; değişimin gerçekleştiği bağlamı oluşturan ve değişimi destekleyen *terapötik ittifakın* (Bordin, 1979 akt. Goldfried, 2013) PB açısından yeterince incelenmediği görülmektedir. İttifakın değişime etkisini inceleyen bir çalışmada PB tanılı kişilerle terapistin görüşleri ayrı ayrı ele alınmış; kişinin ittifaka kendi katkısına dair algısı panik şiddetindeki iyi sonuçları yordarken, terapistin kendi katkısına dair algısı sonucu yordamamış; araştırmacılar ittifakla ilgili çoklu bakış açılarının değerlendirilmesini önermiştir (Huppert ve ark., 2014). Başka çalışmalarda, terapinin erken aşamalarında değil, maruz bırakmanın gerçekleştiği orta aşamalarda güçlü ittifakın beden duyularına yönelik kaygıdaki azalmaları yordadığı; tedavide kendilerine

hangi etmenlerin yardımcı olduğunu bildiren kişilerin de, maruz bırakmadaki işbirliğini önemsedikleri görülmektedir (Haug ve ark., 2016; C.Svanborg, Bäärnhielm, Wistedt ve Lützen, 2008). Özetle, bağıllık ve ittifak PB terapisinin sonucunu, terapinin farklı zamanlarında farklı doğrultuda etkilemekte ve kişinin özelliklerinden etkilenmekte; dolayısıyla terapötik etmenlerin süreçteki önemine dikkat çekilmektedir.

Terapi sürecindeki bilişsel ve davranışsal değişim mekanizmaları: Bilişsel ve davranışsal etmenler olan felaketleştirici yorumlamalar, kaygı duyarlılığı, panik öz-yeterliği ve güvenlik davranışları PB'nin sürmesini etkilemektedir. Bahsedilen faktörler, terapideki değişimi sağladığı varsayılan aracı unsurlar olarak incelenmektedir (Sandin, Sánchez-Arribas, Chorot ve Valiente, 2015).

Felaketleştirme: BDT'nin varsayımlarında belirtildiği üzere, PB'nin sürmesinde *beden duyularının felaketleştirilmesi* yönündeki yanlış yorumlamalar (katastrofik bilişler) rol oynamakta; bu yorumlamalar, tedavide temel değişim mekanizmalarından olmaktadır. Terapinin öncesinden sonrasına gerçekleşen felaketleştirme değişimi, tedavinin sonunda panik belirtilerinin şiddetinin azalmasını yordamaktadır (Casey, Newcombe ve Oei, 2005; Hofmann ve ark., 2007). Seanstan seansa yapılan bireysel incelemelerde, felaketleştirme değişiminin tedavi boyunca, özellikle tedavi sonrasındaki altı aylık kazanımların genellenmesi aşamasında, panik/kaygı belirtilerindeki değişimle güçlü şekilde bağlantılı olduğunu göstermektedir (Gloster ve ark., 2014; Hoffart, 2016). Sonuçlar, felaketleştirme bilişlerinin değişime aracılık ettiğini doğrulamaktadır.

Kaygı duyarlılığı: Bilişsel faktörlerden biri olan *kaygı duyarlılığı*, kaygının/paniğin kendisinden veya sonuçlarından duyulan korku olup PB'ye yakınlık oluşturduğu düşünülmekte; yüksek kaygı duyarlılığı, bir yıllık gidişatta daha fazla panik epizodunun olmasını ve PB'nin nüksetmesini yordamakta; dolayısıyla tekrarlamayı önlemede önemli hedeflerden olmaktadır (Benitez ve ark., 2009; Scholten ve ark., 2013). Bu doğrultuda terapi süreci boyunca incelenen kaygı duyarlılığındaki en büyük değişim, tedavinin erken aşamalarında, içsel maruz bırakma öncesinde gerçekleşerek terapi sonucundaki PB belirtisi değişimini etkilemekte (Gallagher ve ark., 2013); dolayısıyla kaygı duyarlılığının yalnızca yakınlık faktörü olmakla kalmayıp değişime aracılık ettiği de görülmektedir.

Panik öz-yeterliği: PB'nin bilişsel modelinde (Clark ve Beck, 2009) ve araştırmalarda tehlikeyle ilişkili olumsuz

bilişlerin değişimi merkezde olsa da, başa çıkma ve kontrolle ilgili olumlu bilişlere de işaret edilmektedir (Casey ve ark., 2005). Bireyin panik ataklarla ilgili duyum, düşünce, duygu ve durumlarla başa çıkabileceği, bunları kontrol edebileceği algısı, PB kapsamında *panik öz-yeterliği (panic self-efficacy)* olarak tanımlanmakta; bireyin, algılanan tehlikeyle başa çıkacak kaynaklara sahip olmadığı inancı kaygıyı sürdürmektedir. Tedavi boyunca panik öz-yeterliğin yükselmesi, sonuçtaki düşük panik şiddetini yordamakta; BDT'nin bilişsel ve davranışsal unsurlarının öz-yeterliği artırdığı belirtilmektedir (Casey ve ark., 2005). Seanstan seansa yapılan bir incelemede, bir seanstaki öz-yeterlik değişiminin, bir sonraki seanstaki kaygı düşüşünü yordadığı görülmekte (Fentz ve ark., 2013); felaketleştirme değişimleri için seanstan seansa etkinin bulunamaması, öz-yeterliğin –olumlu bilişlerin– değişime aracılık eden bağımsız bir mekanizma olduğunu doğrulamaktadır.

Zamansal (temporal) değişim: Bilişlerin değişime etkisindeki görüş birliğiyle birlikte, bazı araştırmacılar PB araştırmalarının genellikle terapi öncesi ve sonrasına odaklanarak sonuç yordayıcılarını incelediğini, ancak bilişsel modeli desteklemek ve terapinin etkisini tam olarak anlamak için terapi esnasındaki değişimi zamansal sırayla göstermek gerektiğini; bunun da sadece terapinin başlangıcında ve sonunda değil, *süreç boyunca* ölçüm olarak yapılabileceğini belirtmektedir (Bouchard ve ark., 2007; Casey ve ark., 2005; Gallagher ve ark., 2013; Steinman, Hunter ve Teachman, 2013; Teachman, Marker ve Clerkin, 2010). Bu şekilde günlük veya haftalık gerçekleşen incelemelerde; kaygı/panik şiddeti, atak sıklığı, beklenti kaygısı ve kaçınmadaki sonraki azalmaların, BDT süreci boyunca felaketleştirmede ve öz-yeterlikte gerçekleşen değişimin *ardından* geldiği görülmektedir. Belirtilerdeki azalmaların ise bilişlerdeki sonraki değişimi anlamlı olarak yordaması; bilişsel değişimin, panik belirtilerinin azalmasının öncülü olarak gerçekleştiğini doğrulamaktadır.

Zamansal incelemelerle birlikte, BDT tekniklerinin hangi faktörlerde değişimi sağladığını anlamak da mümkün olmaktadır. Bir araştırmada, öz-yeterlikteki en büyük değişimin maruz bırakmanın uygulandığı seanslarda gerçekleştiği ve bu değişimin, PB belirtilerindeki en büyük düşüşün öncesinde yaşanmasından ötürü, maruz bırakmanın kişiye kazandırdığı uzmanlık (mastery) deneyiminin öz-yeterliği desteklediği görülmektedir (Gallagher ve ark., 2013). Zamansal inceleme, terapideki değişimin farklı örüntülerle gerçekleştiğini de göstermektedir. Haftalık ölçümlerle örüntüleri belirleyen çalışmalarda, terapinin erken aşamalarında

belirtilerde hızlı düşüş yaşayıp ani kazanım elde etmek, rapide alınan en iyi sonuçları ve 6 ay sonraki panik şiddetinin düşük olmasını yordamaktadır (Lutz ve ark., 2014; Steinman ve ark., 2013). İlk seanslarda ilerleme gösterememek veya belirtilerin şiddetlenmesi ise erken sonlandırmayı veya devam etmiş olanlar için 6. ayda panik şiddetinin en yüksek düzeyde kalmasını yordamaktadır.

Güvenlik davranışları: Panik atakları engelleyecek içsel ve dışsal önlemler, durumsal kaçınmalar, dikkat dağıtma, başkalarından güvence ve destek arama gibi *güvenlik davranışları*, ataklarla ilgili algılanan tehdidi önlemek amacıyla gerçekleştirilmekte; kısa vadede kaygıyı azaltarak uzun vadede bozukluğu sürdürmekte ve tedaviyi de etkilemektedir (Helbig-Lang ve ark., 2014). Örneğin kaçınma davranışı BDT süreci içerisinde incelendiğinde bu davranıştaki azalmaların; tedavi boyunca panikteki azalmayı ve işlevsellikteki artışı tutarlı olarak yordayarak değişime aracılık ettiği görülmektedir (Gloster ve ark., 2014). Güvenlik davranışlarının günlük yaşamda sık kullanılması, maruz kalma uygulamalarında da sık kullanılmasını etkileyerek BDT'nin başarısını sınırlandırmakta; panik belirtilerindeki düzelmeyi yavaşlamasını yordamaktadır (Aafjes-van Doorn ve ark., 2019; Helbig-Lang ve ark., 2014). Klinisyenlere göre bu davranışları bırakma konusundaki isteksizlik, terapiyi engelleyebilmektedir (Wolf ve Goldfried, 2014).

Maruz bırakmanın uygulanma biçimi önemli olabilmektedir (Gloster ve ark., 2013). Bir araştırmada gerçek ortamda maruz kalma prosedürüne bir koşulda terapist eşlik etmiş, diğer koşulda danışan seansta uygulamaya hazırlanmış ancak kendi başına maruz kalmıştır. Terapistle birlikte maruz kalma uygulamasını gerçekleştirmek, agorafobik kaçınma ve genel işlevsellikteki iyileşmeleri ve 6 ay sonrasında atakların daha da azalmasını yordamıştır (Gloster ve ark., 2011). Kaçınmadaki düşüş 2 yıl sonrasında sürdürülürken, terapist eşlik etmeden maruz kalanlar kötüleşme göstermiştir (Gloster ve ark., 2013). Terapistin varlığının; güvenlik davranışlarına dair anlık geribildirimleriyle, kaygıyı idare etmesiyle ve kişinin duruma daha fazla fiziksel katılım göstermesiyle etki ediyor olabileceği belirtilmiştir. Dolayısıyla çalışmalar, güvenlik davranışlarının uygun şekilde hedeflenmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

PB; yaygınlığı, değişken gidişatı, olumsuz sonuçları ile etkili tedavi yollarına ihtiyaç duyulan bir kaygı

bozukluğudur. BDT bu gereksinimi karşılamakta ancak her bireyin aynı etkiyi elde edemediği gerçeği, terapinin faydasını en üste çıkarabilecek yönde çalışmaların gerekliliğine işaret etmektedir. Bu yazıda bu amaç gözetilerek, PB'ye uygulanan BDT süreci ve sonucunda yordayıcı olan faktörler, literatür ışığında gözden geçirilmiştir.

Etkili olduğu birçok kez kanıtlanmış bir tedavinin yordayıcılarını incelemek neden önemlidir? BDT, PB'de önemli ölçüde iyileşme sağlasa da terapinin kısa vadeli sonuçları tek başına değerlendirildiğinde, sadece "terapi etkilidir" veya "etkili değildir" bulgusu elde edilmiş olmaktadır. Bu şekilde ancak terapi alan bireylerin terapi sonucundaki belirti şiddetine göre gruplandırılması mümkün olmaktadır; değişimi neyin sağladığı, kazançların nasıl sürdürülebileceği ve düzelmeyenler için nelerin daha fazla desteklenmesi gerektiği bilgisi sınırlı kalmaktadır. Dolayısıyla, BDT'nin PB için neden ve nasıl işe yaradığını anlamak amacıyla, tedavi sonucu araştırmalarının odağı gittikçe değişim sürecine yönelmektedir (Gallagher ve ark., 2013).

Yordayıcıları incelemenin önemli bir yönü, incelenen faktörler sonuçla ilişkisizse, o faktöre sahip kişilerin değişebileceğine dair güveni artırabilecek; kötü sonuçlarla ilişkiliyse de tedaviyi daha iyi hale getirebilecek müdahalelere katkı sağlayacak olmasıdır (Aafjes-van Doorn ve ark., 2019). Literatürde buna en belirgin örneğin eş tanıları olduğu görülmektedir. Uygulamacı uzmanların genellikle terapiye engel olarak algılamasına karşın (Wolf ve Goldfried, 2014) görgül çalışmalar, eş tanı belirtilerinin PB sonucunu her zaman olumsuz etkilemediğini; hatta PB'ye odaklı BDT ile birlikte bu belirtilerin de azalabildiğini ortaya koymaktadır. Bu etkinin, bozuklukların ortak yönlerinin olmasından veya eş tanıların, PB'nin bir sonucu olarak ortaya çıkmış olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Brown ve ark., 1995). Araştırmacılar, bozuklukları aynı anda hedeflemek yerine, öncelikle protokole bağlı kalarak en büyük yetersizliği oluşturan bozukluğu tedavi edip sonrasında eş tanıların tedavi gerektirip gerektirmediğine karar verilmesini önermektedir (Reich, Schatzberg ve Delucchi, 2018; Tsao, Lewin ve Craske, 1998). Bu bilgiler temelinde; alandaki uzmanlara, eş tanımın varsayıldığı kadar kötü sonuçlarının olmadığını iletmesinin, uzmanların yanlış algılarını azaltarak, tedavide daha etkin olmalarını destekleyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmalar PB'nin erken yaşta başlamasının, uzun süreli olmasının ve işlevselliği kısıtlamasının, tedaviyi olumsuz etkilediğini tespit etmektedir. Araştırmacılar klinik

deneyimlerine dayanarak, genç yaşta başlayan PB'nin normal gelişimi kısıtladığını ve tedavideki ilerlemenin, bozukluk nedeniyle sekteye uğramış olan iş bulma, bağımsız yaşama gibi gelişim basamaklarıyla yüzleşmek anlamına gelmesi açısından zorlayıcı olabileceğini belirtmektedir (Chambless ve ark., 2017). Bozukluk belirtilerinin iyileşmesi, işlevsellikte aynı iyileşmenin görüleceği anlamına gelmeyebilmektedir. Literatür incelemesi, terapistlerin BDT protokolüne bağlılığının ve kurulan işbirliğinin işlevsellikteki değişimi desteklediğini göstermektedir. Ayrıca kişinin kaygılarıyla yüzleşmesinin gerektiği maruz kalma seanslarında, terapistte güvenmenin ve uzlaşmanın daha önemli olabileceği belirtilmektedir (Haug ve ark., 2016). Dolayısıyla erken başlangıç durumu ve işlevlerdeki yetersizlikler için, tedaviye bağlı kalmakla birlikte yaşam becerilerini desteklemenin ve en kaygılı uygulamaları kişi için anlaşılır hale getirerek kişiye güven vermenin önemli olabileceği söylenebilir.

İncelemede belirtildiği üzere, BDT'nin protokole bağlılık gerektiren yapısı her zaman işlevsel olmamakta; direnç söz konusuysa bağlılık, olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bazı araştırmacılar, yönerge kılavuzları hazırlanırken muhtemelen terapistlerin direnç veya isteksizlikle baş edebileceğinin varsayıldığını ancak yeterince deneyimli olmayan veya yoğun eğitim almayan terapistler için direncin sorun yaratabileceğini belirtmektedir (Zickgraf ve ark., 2015). BDT kapsamında *direnç*, terapötik işbirliğindeki problemleri yansıttığı düşünülen; ödev yapma, kaygılarla yüzleşme, tedaviye uymadaki isteksizlik gibi danışan davranışlarını içermekte, bu direncin protokole uyarak idare edilebileceği varsayılmaktadır (Schwartz ve ark., 2018). Ancak bu yazıda incelenmiş olan araştırmalarda direnç; terapi modelini reddetme, terapistle ilgili şikayetler, küçümseme gibi davranışlarla ortaya çıkarak olumsuz etkilerini göstermekte; hem araştırmacılar hem de uygulamacılar BDT protokolünün bunlar için yeterli yönergeleri sağlamadığını belirtmektedir (Boswell ve ark., 2013; Schwartz ve ark., 2018; Wolf ve Goldfried, 2014; Zickgraf ve ark., 2015). Ayrıca kılavuza bağlılığın aşırı vurgulanmasının, terapi sürecini bağlamdan uzaklaştırabileceği; bahsedilen direnç ortaya çıktığında terapistin kılavuza uyamaması nedeniyle hayal kırıklığı yaşaması, kişiye karşı olumsuz duygular geliştirmesi ve bunları nasıl idare edeceğini bilememesi riskine yol açabileceği öne sürülmektedir. BDT terapi bütünlüğünü sürdürmeyi amaçlıyorsa, bunu engelleyebilecek davranışların ele alınmasının önem taşıdığı belirtilmektedir; eğer direnç örnekleri veya kişinin yaşamında

bir kriz varsa, tedavinin geçerliğini sınırlandırmayan ancak kişinin gereksinimlerini önemseyen bir esnekliğe ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Zickgraf ve ark., 2015). Dolayısıyla, BDT eğitiminde direnç faktörlerine daha çok değinilmesinin, desteklenme ihtiyacı duyan terapistlerin belirlenerek ek eğitim ve süpervizyon ihtiyaçlarının giderilmesinin ve gelecek araştırmalarda PB tedavisindeki direnç odaklanılmasının önem taşıyabileceği düşünülmektedir. Ayrıca konuyla ilişkili bir etmen olan kişisel beklentilerin, PB terapisi sürecini etkilemesinden ötürü (Chambless ve ark., 2017), tedavi alacak kişilerin beklentilerini açıkça konuşmanın, bunların gerçekçi olduğundan emin olmanın, müdahalelerin etkisiyle ilgili bilgi vermenin faydalı olabileceğine inanılmaktadır.

Çalışmalarda sosyal çevre, aile, yaşam stresi gibi kişinin terapiye getirdiği faktörlerin terapinin faydasını etkileyebileceği; ancak bu konudaki çalışmaların sayıca az olduğu görülmektedir. Bu faktörlerin yakından takip edilmesini öneren bazı araştırmacılar, müdahaleler kapsamında PB tanıları kişilerin eleştiriyeye duyarlılık gibi tepki biçimlerine odaklanılmasının tedavi sonucunu geliştirebileceğini; kişinin yakınları sürecin parçasıysa, onların olumsuz tutumlarını veya bozukluğu pekiştirerek tedaviyi kısıtlayan davranışlarını ele almanın önemli olabileceğini belirtmektedir (Steketee ve ark., 2007; Wolf ve Goldfried, 2014). Yaşam stresinin ise, bozukluğun ortaya çıkmasına etkisi açısından incelenmesine karşın (Heldt ve ark., 2011) tedavi sonucuna etkisi bakımından yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Ancak tedavi sürecinde kişinin yaşamındaki olası stresörleri dikkate alarak, gerektiğinde stres yönetimi ve problem çözme becerilerini geliştirmenin olumlu etkilerinin olabileceği düşünülebilir. Bu öneriyi doğrular şekilde, BDT'ye bu eklemeler yapıldığında, bireylerin dayanıklılık düzeylerinin ve işlevselliklerinin daha çok desteklendiği görülmektedir (Wesner ve ark., 2019). Gelecek araştırmalarda ve terapide sosyal çevrenin kişiye desteği, karşılıklı etkileşim biçimleri, stresörler gibi etmenlerin daha sık incelenmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Gözden geçirilen araştırmaların güçlü yönlerinden birisi, ileriye dönük olarak uzun zaman dilimlerinde sonuçları incelemeleridir. Bunun önemi, BDT'nin PB için kısa vadede sağladığı kazanımların uzun vadede değişip değişmediğinin ve kazanımların ne kadar sürdürülebildiğinin tespit edilebilmesidir. Terapinin gerçekten etkili olduğunu anlamak için, sonuçları geniş zaman aralıklarında incelemek gerekmektedir. Araştırmaların diğer bir güçlü yönü, sonuçları inceleme yöntemleridir. Terapi araştırmaları

genelde terapinin öncesinde ve sonrasında alınan ölçümleri karşılaştırarak terapide değişen bilişsel etmenleri belirlemekte ve panik belirtilerinde sonuçta görülen azalmaları bu şekilde açıklamaktadır. Ancak psikoloji alanında sıklıkla görülen bir sınırlılık olarak, bu incelemeyle ilişkinin yönünü netleştirmek mümkün olmamakta; çünkü terapiyle birlikte değişerek sonucu etkilediği düşünülen faktörlerin, yalnızca sonucun bir yansıması olma ihtimali de bulunmaktadır. İncelenen PB çalışmaları, özellikle son yıllarda *terapi süreci boyunca* düzenli ölçümler gerçekleştirip aracı değişkenler ile sonuçlar arasındaki ilişkiyi zamansal sırayla ortaya koyarak, araştırmaların her zaman hedeflediği ancak genellikle sınırlı kalan nedenselliği sağlamaktadır. Nedenselliğe ek olarak, hangi değişimin ne zaman gerçekleştiğinin de görülebiliyor olması, terapinin hangi aşamasında hangi faktöre odaklanması gerektiğine dair veri sunarak klinik uygulamalara katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla değişimi, yalnızca baştaki durumun farklılaşmasıyla elde edilen bir *sonuç* olarak görmek yerine dalgalı seyredebilen dinamik bir *süreç* olarak görüp araştırmaların sürece odaklı yürütülmesi işlevsel olabilecektir.

Bilindiği üzere BDT'nin PB'ye dair varsayımları çoğunlukla olumsuz bilişlere odaklanmakta; araştırmalarda da felaketleştirme eğilimindeki değişimin, terapideki ilerlemeyi olumlu etkilediği bulunmaktadır. Birey bazında yapılan incelemelerde de, felaketleştirmedeki değişimin panik belirtilerinde görülen azalmaları yordaması (Hoffart, 2016) ve kaygı duyarlılığındaki değişimin de, maruz bırakmadan önce gerçekleşmesi (Gallagher ve ark., 2013), tedavide öncelikle olumsuz bilişlere ve duyumlara ilişkin yanlış algılara odaklanılması gerektiğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, olumsuz bilişler kadar odaklanılmasa da, olumlu bir biliş olan *panik öz-yeterliliğinin* de, kişinin kaygı uyandıran durumlara dair işlevsel bakış açıları geliştirmesini sağlayarak, sonraki maruz kalma motivasyonunu ve gelecekteki benzer durumları idare edebilme becerisini geliştirebileceği belirtilmektedir (Fentz ve ark., 2014). Dolayısıyla uyumlu başa çıkma yollarının ve öz-yeterliliğin güçlendirilmesinin, PB için faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bulgular ışığında, felaketleştirme ve panik öz-yeterliliği mekanizmalarının birbirlerini etkileyebileceği görüşü ortaya çıkmaktadır. Buna göre öz-yeterlilikteki artış, felaketleştirmelerin yanlışlığını görmede etkili olabilecek ve felaketleştirme azaldıkça da, yeterlilik ve kontrol algısı daha da artabilecektir. Bununla birlikte, ikisinin bağımsız etkilerinin olduğu da gösterilmekte (Fentz ve ark., 2013), bundan ötürü olumlu bilişlerin de, PB sonucunu etkileyen bağımsız araçlar olduğu görülmektedir. Gelecek

araştırmalarda, süreç içerisinde iki bilişin hem panik belirtilerine hem de birbirlerine etkilerini incelemek, aralarındaki etkileşimi anlamaya yardımcı olabilecektir.

PB tedavisinin bilişsel mekanizmaları kadar, davranışsal yönleri de önem taşımakta, PB'de bilişsel ve davranışsal faktörlerin birlikte işlev görüyor olmasına en iyi örneklerden birisini güvenlik davranışları oluşturmaktadır. BDT modelinin önerdiği gibi, incelenen araştırmalarda da bu davranışları sınırlandırmanın önemli olduğu; hatta terapistin maruz bırakmayı yönlendirmesinin, güvenlik davranışlarını daha da azalttığı görülmektedir (Gloster ve ark., 2013). Ancak panikten yoğun bir kaçınmanın söz konusu olması nedeniyle, maruz bırakmada terapistin güvenlik sinyali haline gelme riski olabilecektir. Araştırmacılar özellikle tedaviden faydalanmakta zorlanan, genel işlevselliği düşük, kaçınması yüksek kişilerde terapistin uygun şekilde eşlik etmesinin bu davranışları kısıtlamak açısından avantaj sağlayabileceğini belirtmektedir (Gloster ve ark., 2013). Bu önerinin, gerçek ortamda maruz kalmadan fayda sağlamayan kişiler için etkili olabileceği düşünülebilir.

PB literatüründeki önemli bir sınırlılık, agorafobiyle PB arasında yakın zamanda ayırım yapılmasından dolayı, araştırmaların sıklıkla karışık örneklemeler içermesi; sonuçların PB ve agorafobi için ayrı ayrı belirtilmemesidir. Bu yazıda PB temel alınmış olduğu için PB odaklı bulgular sunulmuş olsa da, literatürde iki tanı için yapılan araştırmaların genelde iç içe olduğu dikkat çekmektedir. Gelecek araştırmalarda tanılarının ayrı incelenmesinin ve sonuçların birbirinden bağımsız sunulmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Bu yazı boyunca, PB için uygulanan BDT'nin sürecini ve ortaya çıkan sonuçları etkilediği gösterilen faktörler gözden geçirilmiş; hem terapistten önce mevcut olan hem de terapi esnasında değişim gösteren faktörler ele alınmıştır. Yazıda literatürle tutarlı olarak gelecek araştırmalar ve klinik uygulamalar için birtakım öneriler de sunulmuş; ayrıca bazı sınırlılıklar tartışılmıştır. Yazının sınırlı yönleri içerisinde, PB ile ilgili çoğunlukla uluslararası literatürü kapsıyor olması ve yukarıda belirtildiği üzere, çalışmalarda PB ve agorafobinin genelde bir arada incelenmesinden dolayı agorafobinin etkilerinin de bulgulara yansımış olma ihtimali yer almaktadır. Yapılan gözden geçirmenin güçlü yönünün ise, PB'nin nüksetme olasılığını azaltabilecek ve BDT kazanımlarını daha uzun vadeli hale getirebilecek farklı faktörlerin, genel hatlarıyla bütüncül bir çerçeve içerisinde bir araya getirilmesi olduğu düşünülmektedir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarların bu araştırma bağlamında açıklaması gereken herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial disclosure was received.

KAYNAKLAR

- Aafjes-van Doorn, K., Zilcha-Mano, S., Graham, K., Caldari, A., Barber, J. P., Chambless, D. L. ve Milrod, B. (2019). The role of safety behaviors in panic disorder treatment: Self-regulation or self-defeat? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49, 203-212. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09432-9>
- Aaronson, C. J., Shear, M. K., Goetz, R. R., Allen, L. B., Barlow, D. H., White, K. S., ...Gorman, J. M. (2008). Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 418-424. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0312>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Books.
- Benitez, C. I. P., Shea, M. T., Raffa, S., Rende, R., Dyck, I. R., Ramsawh, H., ...Keller, M. B. (2009). Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: A 1-year follow-up study. *Depression and Anxiety*, 26(4), 335-342. <https://doi.org/10.1002/da.20423>
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., ...Barlow, D. H. (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 443-454. <https://doi.org/10.1037/a0031437>
- Bouchard, S., Gauthier, J., Nouwen, A., Ivers, H., Vallieres, A., Simard, S. ve Fournier, T. (2007). Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 275-292. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.08.002>
- Brown, T. A. ve Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 754-765. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.5.754>
- Brown, T. A., Antony, M. M. ve Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.408>
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ...Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1179>
- Casey, L. M., Newcombe, P. A. ve Oei, T. P. S. (2005). Cognitive mediation of panic severity: The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 187-200. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-3164-3>
- Chambless, D. L., Milrod, B., Porter, E., Gallop, R., McCarthy, K. S., Graf, E., ...Barber, J. P. (2017). Prediction and moderation of improvement in cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 803-813. <https://doi.org/10.1037/ccp0000224>
- Chang, H.-M., Pan, C.-H., Chen, P.-H., Chen, Y.-L., Su, S.-S., Tsai, S.-Y., ...Kuo, C. J. (2019). Identification and medical utilization of newly diagnosed panic disorder: A nationwide case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 125, 109815. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109815>
- Clark, D. A. ve Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy of panic disorder. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice içinde* (s. 275-332). New York: The Guilford Press.
- Craske, M. G. ve Barlow, D. H. (2014). *Panic disorder and agoraphobia. D. H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5. baskı) içinde (s. 1-62). New York: The Guilford Press.
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M. ve Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095-1109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.006>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C. ve Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 3451-3462. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002348>
- de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C W., Florescu, S. E., Bromet, E., Stein, D., ...Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the World Mental Health Surveys. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1155-1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
- Emmrich, A., Beesdo-Baum, K., Gloster, A. T., Knappe, S., Höfler, M., Arolt, V., ...Wittchen, H. U. (2012). Depression does not affect the treatment outcome of CBT for panic and agoraphobia: Results from a multicenter randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 161-172. <https://doi.org/10.1159/000335246>
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M. ve Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 185-190. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00267-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00267-6)
- Feldman, J. M., Matte, L., Interian, A., Lehrer, P. M., Lu, S.-E., Scheckner, B., ...Shim, C. (2016). Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder in Latino adults: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 142-154. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.007>
- Fentz, H. N., Arendt, M., O'Toole, M. S., Hoffart, A. ve Hougaard, E. (2014). The mediational role of panic self-efficacy in cognitive behavioral therapy for panic disorder: A systematic review and meta analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 23-33. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.003>
- Fentz, H. N., Hoffart, A., Jensen, M. B., Arendt, M., O'Toole, M. S., Rosenberg, N. K. ve Hougaard, E. (2013). Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 579-587. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.002>

- Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Gorman, J. M. ve Barlow, D. H. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: The unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 767-777. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.001>
- Gloster, A. T., Hauke, C., Höfler, M., Einsle, F., Fydrich, T., Hamm, A., ...Wittchen, H. U. (2013). Long-term stability of cognitive behavioral therapy effects for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 830-839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.009>
- Gloster, A. T., Klotshce, J., Gerlach, A. L., Hamm, A., Ströhle, A., Gauggel, S., ...Wittchen, H. U. (2014). Timing matters: Change depends on the stage of treatment in cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 141-153. <https://doi.org/10.1037/a0034555>
- Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., ...Höfler, M. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 406-420. <https://doi.org/10.1037/a0023584>
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review*, 33, 862-869. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.003>
- Gomez-Camirero A, Blumentals WA, Russo LJ, Brown RR, Castilla-Puentes R. (2005). Does panic disorder increase the risk of coronary heart disease? A cohort study of a national managed care database. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 688-691. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000174169.14227.1f>
- Hasler, G., Gergen, P. J., Kleinbaum, D. G., Ajdacic, V., Gamma, A., Eich, D., ...Angst, J. (2005). Asthma and panic in young adults: A twenty year prospective community study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(11), 1224-1230. <https://doi.org/10.1164/rccm.200412-1669OC>
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Tangen, T., Kvale, G., Hovland, O. J., ...Havik, O. E. (2016). Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.004>
- Helbig-Lang, S., Richter, J., Lang, T., Gerlach, A. L., Fehm, L., Alpers, G. W., ...Wittchen, H. U. (2014). The role of safety behaviors in exposure-based treatment for panic disorder and agoraphobia: Associations to symptom severity, treatment course, and outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 836-844. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.010>
- Heldt, E., Kipper, L., Blaya, C., Salum, G. A., Hirakata, V. A., Otto, M. W. ve Manfro, G. G. (2011). Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(1), 23-29. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462010005000005>
- Hendirks, G. J., Keijsers, G. P. J., Kampman, M., Hoogduin, C. A. L. ve Oude Voshaar, R. C. (2011). Predictors of outcome of pharmacological and psychological treatment of late-life panic disorder with agoraphobia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 146-150. <https://doi.org/10.1002/gps.2700>
- Hoffart, A. (2016). Cognitive models for panic disorder with agoraphobia: A study of disaggregated within-person effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 839-844. <https://doi.org/10.1037/ccp0000114>
- Hofmann, S. G., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Shear, M. K., Meuret, A. E., Rosenfield, D., ...Woods, S. W. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 374-379. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.374>
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. ve Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.001>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K. ve Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415-424. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.415>
- Lehrer, P. M., Karavidas, M. K., Lu, S.-E., Feldman, J., Kranitz, L., Abraham, S., ...Reynolds, R. (2008). Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 671-683. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.001>
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M., ...Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 287-297. <https://doi.org/10.1037/a0035535>
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S. ve Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1139-1147. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.019>
- McCabe, R. E. ve Antony, M. M. (2005). Panic disorder and agoraphobia. M. M. Antony, D. R. Ledley ve R. G. Heimberg (Ed.), *Improving outcome and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy içinde* (s. 1-38). New York: The Guilford Press.
- Meuret, A. E., Kroll, J. ve Ritz, T. (2017). Panic disorder comorbidity with medical conditions and treatment implications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 209-240. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093044>
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 27-45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.003>
- Nakano, Y., Lee, K., Noda, Y., Ogawa, S., Kinoshita, Y., Funayama, T., ...Furukawa, T. A. (2008). Cognitive-behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: Acute phase and one-year follow-up results. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 313-321. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01799.x>
- Nay, W., Brown, R. ve Roberson-Nay, R. (2013). Longitudinal course of panic disorder with and without agoraphobia using the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Psychiatry Research*, 208(1), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.006>

- Porter, E. ve Chambless, D. L. (2015). A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42, 179-192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.004>
- Ramnerö, J. ve Öst, L. G. (2004). Prediction of outcome in the behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(4), 176-180. <https://doi.org/10.1080/16506070410031691>
- Reich, J., Schatzberg, A. ve Delucchi, K. (2018). Empirical evidence of the effect of personality pathology on the outcome of panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 107, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.005>
- Renshaw, K. D., Chambless, D. L. ve Steketee, G. (2006). The relationship of relatives' attributions to their expressed emotion and to patients' improvement in treatment for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 37(2), 159-169. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.11.001>
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E. ve Keller, M. B. (2005). Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *Anxiety Disorders*, 19(7), 752-766. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.002>
- Sandin, B., Sánchez-Arribas, C., Chorot, P. ve Valiente, R. M. (2015). Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: Towards a tripartite cognitive model of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.005>
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J. L. M., Pennix, B. W. J. H., Smit, J. H. ve van Oppen, P. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147, 180-185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.031>
- Schwartz, R. A., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Milrod, B. ve Barber, J. P. (2018). Client resistance predicts outcomes in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1020-1032. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1504174>
- Stein, D. J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bruffaerts, R., De Jonge, P., Liu, Z., ...Angermeyer, M. C. (2014). Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 142-149. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.11.002>
- Steinman, S. A., Hunter, M. D. ve Teachman, B. A. (2013). Do patterns of change during treatment for panic disorder predict future panic symptoms? *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.09.003>
- Steketee, G., Lam, J. N., Chambless, D. L., Rodebaugh, T. L. ve McCullough, C. E. (2007). Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.018>
- Svanborg, C., Baarnhielm, S., Wistedt, A. A. ve Lützen, K. (2008). Helpful and hindering factors for remission in dysthymia and panic disorder at 9-year follow-up: A mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 8(52). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-52>
- Svanborg, C., Wistedt, A. A. ve Svanborg, P. (2008). Long-term outcome of patients with dysthymia and panic disorder: A naturalistic 9-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(1), 17-24. <https://doi.org/10.1080/08039480801960123>
- Teachman, B. A., Marker, C. D. ve Clerkin, E. M. (2010). Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 964-973. <https://doi.org/10.1037/a0021067>
- Telch, M. J., Kamphuis, J. H. ve Schmidt, N. B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 469-474. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.008>
- Tsao, J. C. I., Lewin, M. R. ve Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 357-371. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(98\)00020-6](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00020-6)
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G. ve Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959-970. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.013>
- Tully, P. J., Cosh, S. M. ve Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(6), 439-448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>
- Tully, P. J., Harrison, N. J., Cheung, P. ve Cosh, S. (2016). Anxiety and cardiovascular disease risk: A review. *Current Cardiology Reports*, 18(12), 120. <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0800-3>
- Tully, P. J., Sardinha, A. ve Nardi, A. E. (2017). A new CBT model of panic attack treatment in comorbid heart diseases (PATCHD): How to calm an anxious heart and mind. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 329-341. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.008>
- Tully, P. J., Turnbull, D. A., Beltrame, J., Horowitz, J., Cosh, S., Baumeister, H. ve Wittert, G. A. (2015). Panic disorder and incident coronary heart disease: A systematic review and meta-regression in 1 131 612 persons and 58 111 cardiac events. *Psychological Medicine*, 45, 2909-2920. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000963>
- van Balkom, A. J. L. M., van Boeijen, C. A., Boeke, A. J. P., van Oppen, P., Kempe, P. T. ve van Dyck, R. (2008). Comorbid depression, but not comorbid anxiety disorders, predicts poor outcome in anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25(5), 408-415. <https://doi.org/10.1002/da.20386>
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L., van den Heuvel, R. M., ...Engelhard, I. M. (2019). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265-273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Walters, K., Rait, G., Petersen, I., Williams, R. ve Nazareth, I. (2008). Panic disorder and risk of new onset coronary heart disease, acute myocardial infarction, and cardiac mortality: Cohort study using the general practice research database. *European Heart Journal*, 29(24), 2981-2988. doi:10.1093/eurheartj/ehn477

- Weck, F., Grikscheit, F., Höfling, V., Kordt, A., Hamm, A. O., Gerlach, A. L., ...Lang, T. (2016). The role of treatment delivery factors in exposure-based cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.007>
- Wesner, A., C., Behenck, A., Finkler, D., Beria, P., Guimaraes, L. S. P., Manfro, G. G., ...Heldt, E. (2018). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33, 428-433. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>
- Wolf, A. W. ve Goldfried, M. R. (2013). Clinical experiences in using cognitive-behavior therapy to treat panic disorder. *Behavior Therapy*, 45(1), 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.10.002>
- Zickgraf, H. F., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Gallop, R., Sharpless, B. A., Milrod, B. L. ve Barber, J. P. (2015). Interpersonal factors are associated with lower therapist adherence in cognitive-behavioural therapy for panic disorder. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 23(3), 272-284. <https://doi.org/10.1002/cpp.1955>

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

Panic disorder (PD) is an anxiety disorder characterized by recurrent panic attacks which are intense episodes of fear. Panic attacks include physical and cognitive symptoms like rapid heart rate, shortness of breath, dizziness, numbness, fear of losing control and fear of dying. Besides, there is avoidance of internal and external situations assumed to trigger panic attacks and a constant worry about additional future attacks. Because PD is highly prevalent, often has a chronic course and has an impact on functioning and physical health, an effective therapy is needed.

Cognitive behavioral therapy (CBT) has been proved to be beneficial for PD. However, after CBT, PD follows an unstable course in the long term. Studies have demonstrated that full recovery is less common, that some individuals may remain symptomatic after treatment and the recurrence rates are relatively high. Therefore, despite the efficiency of CBT, there is room for improvement. The current paper focuses on CBT's approach for PD and explains change factors of the therapy with research findings.

Core explanation of CBT for PD is about *catastrophic misinterpretations* of bodily sensations. Thought of an approaching threat increases anxiety and attention to the body, which intensifies symptoms and creates a vicious cycle. *Anxiety sensitivity*, which is assuming anxiety would result with disruptive consequences maintains PD. Other maintaining factors are *anticipatory anxiety* which includes worry about future panic attacks, *safety behaviors* and *avoidance* which are reactions to prevent perceived catastrophic results. In this regard, CBT aims decreasing catastrophic misinterpretations, safety behaviors, reactivity to panic sensations and strengthening tolerance to anxiety. A variety of techniques such as psychoeducation, self-monitoring, cognitive restructuring and exposure are utilized in order to help individuals to be more accurate about symptoms, to recognize and alternate erroneous cognitions and to face feared internal or external situations.

Factors predicting CBT process and outcome for PD is divided into two sections in the current paper: Factors present before treatment and factors associated with therapy process.

Factors present before treatment:

Some disorder characteristics such as early onset, longer duration and symptom severity and impairment in social and occupational functioning predict therapy progress and long term improvements negatively. Contrary to expectations of most researchers and practitioners, comorbid disorders do not always adversely affect therapy process. In fact, according to the reviewed studies, even though they are not targeted directly, there is also improvement in comorbid diagnoses after PD focused CBT. Regarding physical illness, when cardiovascular or respiratory diseases occur with PD, some modifications in CBT might be necessary for promoting potential benefits.

Another factor present prior to treatment is client's social environment. Although limited in number, studies demonstrate that conflicts in close relationships, family members' attribution of individual's negative behaviors to the disorder and lack of social support predicts less improvement in therapy.

Factors associated with therapy process:

Individual's expectation about "completely recovering from panic attacks" after treatment impedes achieving desirable results. Another therapeutic factor is adherence to the CBT manual for PD. Adherence when explaining cognitive model and rationale of exposure predicts symptom improvement during therapy process. Adherence level is adversely affected by client's resistance and as a result, direct therapists to

interventions other than CBT techniques and negatively predicts therapy outcomes. Lastly, studies investigating therapeutic alliance demonstrate that client's perception about alliance predicts better improvements, however therapists' perception is not predictive. Alliance becomes important especially during exposure.

Cognitive and behavioral mechanisms of change represent other factors regarding therapy process. *Catastrophic cognitions* are the most examined change factors which influence panic symptom severity by improving during therapy process. Decreases in *anxiety sensitivity* especially before exposure also predicts improvement in panic symptoms.

Even though negative cognitions are core mechanisms, positive cognitions are also effective during therapy process. *Panic self-efficacy* is the perception that one can cope with thoughts, sensations and situations associated with panic attacks. While lower panic self-efficacy maintains anxiety, increase of panic self-efficacy predicts decreases in panic severity both across sessions and at outcome.

Changes in behavioral mechanisms such as *safety behaviors* and *avoidance* predict decreases in panic symptoms throughout the therapy and become a mediator of improvement. Further, therapist guided in-vivo exposure predicts symptom reductions better.

Some PD researchers emphasize that change factors can not be understood merely by examining the difference between symptom levels before and after therapy. To gain a more precise understanding of change processes, it is suggested to investigate *temporal changes* during therapy by taking measurements throughout the therapy regularly. Studies in line with this recommendation supports cognitive model by demonstrating that changes in anxiety and panic over the course of therapy comes *after* changes in cognitions. This method provides information about which mechanism should be targeted at which stage of therapy by illustrating that discrete factors change at different points of therapy. Besides, as a result of regular assessments, causal inferences might become more suitable. Therefore, in the current paper it is suggested to consider not only the therapy outcome, but also the process.

Based on reviewed studies, several recommendations are presented. Because comorbidity does not always adversely affect PD treatment, it is suggested that therapists should focus primarily on the most distressing diagnosis, rather than targeting diagnoses simultaneously. Additionally, communicating to practitioners that adverse impacts of comorbidity may not be as strong as assumed might help being more efficient in therapy.

Regarding early onset, longer duration and impaired functioning, it is emphasized that adherence to CBT protocol and supporting life skills are especially important. However, adherence to the protocol is not always beneficial, particularly when there is resistance. Literature review has indicated that over-adherence to the manual contains the risk of digressing from therapy context and adversely affecting the therapist's attitudes in the case of resistance. Thus, preferring a more flexible approach, taking client's expectations into account and focusing more on resistance in PD studies are recommended.

Other recommendations include focusing on negative cognitions, reducing reactivity to bodily sensations, strengthening panic self-efficacy, making sure to limit safety behaviors during exposure and guiding highly avoidant clients when necessary.

Keywords: Panic disorder, cognitive behavioral therapy, treatment outcome, therapy