

Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Panic Disorder: A Systematic Review

Servet Kaçar Başaran, Serap Tekinsav Sütçü

Öz

Bu çalışmada panik bozukluğun tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Belirtilen ulusal ve uluslararası veritabanlarında ve belirtilen anahtar kelimelerle 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan makalelerden terapi etkililik çalışması olmayan ve bilişsel davranışçı temelli grup tedavisi olmayanlar çıkarılmıştır. Ölütleri karşılayan 19 çalışmanın yöntem ve terapi özellikleri karşılaştırılarak sunulmuştur. Sonuç olarak panik bozukluk tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı grup tedavisinin bozukluğa ilişkin belirtileri (panik atak sayısı, agorafobi düzeyi vb.) ve bozukluğa eşlik eden sorunları (depresyon, anksiyete duyarlılığı) azaltmada bireysel terapilerle eşit düzeyde etkili ancak daha az maliyetli olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Panik bozukluk, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

This study aims to review empirical studies that evaluate effectiveness of cognitive-behavioral group therapy programs for treatment for panic disorder. Articles in English and Turkish that were published between the years of 2000 and 2015 (February) have been searched in the national and international databases. The articles that were not therapy effectiveness studies, and group therapies that not based on cognitive behavioral approach were eliminated. The remaining 19 studies that were met the criteria were introduced in terms of method, therapy characteristics and results. The results of the studies showed that cognitive behavioral group therapies have similar efficacy with individual cognitive behavioral therapy on panic disorder symptoms (panic attacks frequency, the level of agoraphobia etc.) and comorbid disorders (depression, anxiety sensitivity). However, cognitive behavioral group therapy is more cost-effective.

Key words: Panic disorder, cognitive behavior therapy, group therapy.

PANİK BOZUKLUK (PB), aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan, yoğun iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan panik ataklarla karakterize

bir hastalıktır (Angst 1998, APA 2000). Aniden gelen bu ataklar bireyler için oldukça sıkıntı vericidir ve işlevsellikte bozulmalara neden olmaktadır (Mendlowicz ve Stein 2000, Katon ve ark 1995, Carrera ve ark 2006). Grant ve arkadaşları (2006), 43.093 kişi ile yaptıkları yaygınlık çalışmasında PB'un yaşam boyu yaygınlığının %5.1 olduğunu saptamışlardır. 1998 yılında ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise PB'un son 12 aydaki yaygınlığı %0.4 olarak saptanmıştır (Kılıç 1998). Toplumda sık görülmesi ve önemli ölçüde yeti yitimi yaratması nedeniyle PB, sağlık hizmetlerinin her basamağında ilgi odağı olması gereken bir ruhsal bozukluktur (Alkın 2002).

PB tedavisinde genellikle ilaç tedavisi ve/veya bilişsel davranışçı terapi (BDT) kullanılmaktadır (Barlow 1988, Barlow ve ark. 1989, Pollack ve ark. 2003). PB için yapılan pek çok çalışmada ilaç tedavisinin etkililiği kanıtlanmıştır (Gould ve ark. 1995, Pollack 2005). Ancak pek çok hastanın, ilaç tedavisi devam ederken de belirtilerinin nüksede-bildiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada ilaç tedavisinden 4 yıl sonra bireylerin %31'inin iyileştiği, %45'inin daha iyi hissettiği ancak belirtilerinin halen devam ettiği, %24'ünün ise aynı belirtileri yaşadıkları ya da daha da kötüleştikleri gözlenmiştir (Katschnig ve Amerig 1998). Yan etkilerinin olmaması, ilaç tedavisini reddeden hasta grubuna uygulanabilir olması (Otto ve ark. 1999) ve uzun süreli etkilerinin bildirilmesi (Nadiga ve ark. 2003) gibi nedenlerle BDT, ilaç tedavisine güçlü bir alternatif olarak düşünülebilir.

BDT, PB tedavisinde kullanılan etkili bir tedavi yöntemi olarak bildirilmekle birlikte, genellikle bireysel olarak uygulanmıştır (Sokol ve ark. 1989, Beck ve ark. 1992). Ancak grup temelli tedavilerin iyileştirici pek çok yönünün olduğu da bilinmektedir. Nitekim PB için iyi yapılandırılmış bir grup ortamı olması durumunda panik belirtilerini kontrol etmeye yönelik grup üyelerini rol model almaları ve tedaviden yararlanmaları olasıdır (Dannon ve ark. 2004). Ayrıca grup tedavisi, daha az maliyetli olması nedeniyle de tercih edilir bir tedavi yöntemidir (Roberge ve ark. 2008). Ancak, PB tedavisinde grup formatında BDT'nin etkililiğinin değerlendirildiği çalışma sayısı oldukça azdır (Roberge ve ark. 2008). Bu nedenle bu çalışmada panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapi (BDGT) programlarının etkililiğini araştıran çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada PB tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini bütüncül olarak değerlendirmek için 2000-2015 (Şubat) yılları arasında PsycNET, MEDLINE ve ScienceDirect veri tabanlarında yayınlanan İngilizce makaleler ve ULAKBİM Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabanında yayınlanan Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama sırasında (1) panik bozukluk ve bilişsel davranışçı grup terapisi (panic disorder and cognitive-behavioral group therapy), (2) panik bozukluk ve grup terapi (panic disorder and group therapy), (3) panik bozukluk ve BDGT (panic disorder and CBGT), (4) panik atak ve bilişsel davranışçı grup terapisi (panic attacks and cognitive behavioral group therapy) anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Tarama yapılırken başlık ya da özet sınırlandırılması yapılmadan, makalelerin tüm alanlarına ulaşılması istenmiştir. Ulaşılan makalelerin "özet" bölümleri okunarak ilgili olanlar ayrıştırılmıştır. Ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, uygulanan psikoterapi çalışması BDGT olmayanlar ve terapi etkililik sonucu bildirme-

yenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu yöntem sonucunda ölçütleri karşılayan 19 yayınlanmış makaleye ulaşılmıştır. Bu gözden geçirme çalışmasında birkaç makalede aynı çalışmanın farklı bulgularının sunulduğu düşünülmekle birlikte, farklı sonuçlar bildirdiği için her bir makale birbirinden ayrı çalışmalar olarak ele alınmıştır. Her bir çalışmada yer alan hastaların tanıları, tedaviye alınan hasta sayısı ve tanı için kullanılan ölçüt sistemi gibi örnekleme ilişkin bilgilere, tedavi biçimleri, seçkisiz atamanın olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgilere, çalışmaların sonucunda elde edilen bulgulara ve daha ayrıntılı olarak seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan bilişsel davranışçı terapi biçimine ilişkin bilgilere odaklanılmıştır.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1'de yazar adına göre sıralanarak özetlenmiştir. (Tablo metin sonunda yer almaktadır.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Gözden geçirilen çalışmaların örneklem özellikleri demografik özellikler ve tanı özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Demografik özellikler açısından incelendiğinde; ele alınan çalışmaların katılımcılarının 18-65 yaşları arasındaki PB (agorafobili veya agorafobisiz) tanı ölçütlerini karşılayan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir. Araştırmaların örnekleme belirlenirken cinsiyet ayrımı yapılmamış, kadın ve erkekler birlikte çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmalardaki kadın erkek oranı incelendiğinde araştırmaya katılan kadın sayısının erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmektedir. İstisnai olarak bir çalışmada (Carter ve ark. 2003) örneklemin yalnızca kadın katılımcılardan oluştuğu, bir diğer çalışmada ise (Choi ve ark. 2005) erkek katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir. Tanı özellikleri açısından incelediğimizde ise; çalışmaların çoğu hem agorafobili hem agorafobisiz PB hastalarını ele alırken, yalnızca 6 çalışmada sadece agorafobili PB tanısı alan hastalarla çalışıldığı saptanmıştır (Carter ve ark. 2003, Choi ve ark. 2005, Heldt ve ark. 2006a, Galassi ve ark. 2007, Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009). Çalışmaların bazılarında, hastaların eştanıları belirtilerek çalışmaya dahil edilmiş (örn: Fentz ve ark. 2013), bazılarında ise PB tanısı dışında eksen I tanısı alanların çalışmadan dışlandığı belirtilmiştir. Özellikle bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar ve madde bağımlılığı tanılarının araştırmadan dışlama kriteri olarak yer aldığı görülmüştür (örn: Choi ve ark. 2005, Galassi ve ark. 2007). Bununla birlikte bazı çalışmalarda özgül olarak ilaca dirençli PB hastaları ile çalışıldığı saptanmıştır (Heldt ve ark. 2003, 2006a, 2006b, 2007). Tanıların belirlendiği sınıflandırma sistemi ile ölçüm araçları da araştırmalarda farklılık göstermektedir. Hastaların genellikle DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR'ye göre; ölçüm aracı düzeyinde ise MINI, ADIS-IV, DIS ve SCID ölçütlerine göre tanı aldığı görülmektedir. Çalışmaların örneklem büyüklükleri ise 32 kişiden (Carter ve ark. 2003, Heldt ve ark. 2003, Heldt ve ark. 2006a) 100 kişiye (Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009) kadar geniş bir aralıkta yer aldığı görülmektedir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmalar incelendiğinde standart tedavi olarak adlandırılan ilaç tedavisi ile BDGT'nin sadece bir çalışmada karşılaştırıldığı görülmektedir (Dannon ve ark. 2004). Çalışmaların

büyük bir çoğunluğunda ise kontrol grubunun kullanılmadığı (9 çalışma), sadece ön test ve son test verilerinin karşılaştırıldığı görülmektedir. Ayrıca tedavi grubunu bekleme listesi ile karşılaştıran çalışmalar da mevcuttur (Carter ve ark. 2003, Rosenberg ve ark. 2005). Bekleme listesi grubu da; PB tanısı alan, tedavi grubunun tedavisi süresince tedavi uygulanmayan gruptur. Ancak etik kaygılar nedeniyle bekleme listesi grubuna gecikmeli bir tedavi programı uygulanmıştır. Yalnızca bir çalışmada (Wesner ve ark. 2014) BDGT'nin normal örneklem ile karşılaştırıldığı görülmektedir.

Üç çalışmada bilişsel davranışçı grup tedavisi bireysel olarak uygulanan BDT ile karşılaştırılmıştır (Sharp ve ark. 2004, Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009). Bireysel terapilerin formatı farklıdır ve bu terapiler standart BDT (SBDT) ve kısa BDT (KBDT) olarak belirtilebilir. Çalışmaların bir kısmında farklı formattaki BDGT birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Bu tip çalışmalardan birinde 12 seanslık geleneksel yöntemleri kullanan BDGT, deneysel BDGT (D-BDGT) olarak adlandırılan 4 seanslık ve yüzleştirme uygulamalarının bilgisayar ortamında yapıldığı bir grup ile karşılaştırılmıştır (Choi ve ark. 2005). Bir başka çalışmada ise 13 seanslık haftada bir uygulanan BDGT ile 13 seanslık sıklığı ilk hafta 4 saat, 5 gün; ikinci hafta 2 saat, 2 gün; üçüncü hafta 2 saat, 1 gün olarak belirlenen yoğun BDGT (Y-BDGT) karşılaştırılmıştır (Bohni ve ark. 2009). Farklı olarak bir çalışmada ise BDGT sonuçları fiziksel egzersiz grubunkilerle kıyaslanmıştır (Hovland ve ark. 2013).

Tedavi Gruplarına Atama

Gözden geçirilen çalışmaların yaklaşık olarak yarısında (9 çalışma) katılımcıların dahil olacağı gruplar belirlenirken seçkisiz atama yöntemi kullanılmıştır. Diğer çalışmalarda karşılaştırma ya da kontrol grubu kullanılmamış, tek örneklem BDGT uygulanmıştır. Kontrol ya da karşılaştırma grubu kullanan ancak seçkisiz atama yapmayan bir çalışma bulunmamaktadır.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların büyük bir çoğunluğunda tedavi etkililiğini değerlendirmek amacıyla hem öz bildirim ölçekleri hem de klinisyen değerlendirmesini içeren ölçüm araçları kullanılmıştır. Ancak bazı çalışmalarda yalnızca klinisyen bildirimine dayalı ölçümler alınmıştır (Dannon ve ark. 2014).

Çalışmalarda terapinin etkililiği değerlendirmek amacıyla genellikle psikososyal ölçümler alınmıştır. Ölçüm araçlarının büyük bir kısmı doğrudan panik atak belirtilerini (PBSÖ: Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği, PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği) ve anksiyete düzeyini (BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği) araştırmaya yöneliktir; bazıları ise panik bozukluğa eşlik eden depresyon (BDE: Beck Depresyon Envanteri), anksiyete duyarlılığı (ADİ: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi) ve yaşam kalitesi (SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği) gibi sorunları araştırmaya yöneliktir. Gözden geçirilen çalışmaların büyük bir çoğunluğunda söz konusu bozukluğun sosyal, mesleki ve ailevi işlevselliğini değerlendirmek amacıyla (WHLS: Work, Home and Leisure Activity Scales ve İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği) kullanılmıştır. Çalışmalarda kullanılan ölçekler Tablo-1'de sunulmuştur. Tablo 1'de Türkçe uyarlaması olmayan ölçeklerin isimleri Türkçe kısaltmalarıyla verilmiş, Türkçe uyarlaması olmayan ölçeklerin ise anlaşılma kolaylığı sağlama amacıyla orijinal isimlerinin kısaltmaları kullanılmıştır.

İncelenen çalışmaların hepsinde tedavinin etkililiğini değerlendirmek amacıyla ön test ve son test ölçümlerinin alındığı, ancak bazı çalışmalarda tedavinin uzun vadedeki etkisini görebilmek amacıyla farklı zaman aralıklarında izlem ölçümlerinin de alındığı saptanmıştır. 19 makalenin 5'inde yalnızca ön test-son test ölçümleri alınmış; 14 makalede son test ölçümünden sonra belirli aralıklarla izlem ölçümleri alınmıştır. İzlem ölçümlerinin alınmasının müdahale bitiminden 1 ay sonra (Dannon ve ark. 2004, Pailhez ve ark. 2014) ile 2 yıl sonra (Rosenberg ve ark. 2005, Marchand ve ark. 2009) arasında değişen geniş bir zaman aralığına sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmalardaki BDGT'nin İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Gözden geçirilen çalışmalarda kullanılan BDGT programları tedavi içerikleri açısından değerlendirildiğinde en sık kullanılan yöntemlerin psikoeğitim, yüzleştirme (exposure), nefes egzersizleri, kas gevşetme egzersizleri ve bilişsel yeniden yapılandırma olduğu görülmektedir. On sekiz çalışmada bilişsel yeniden yapılandırma ve yüzleştirme, 17 çalışmada psikoeğitim, 10 çalışmada nefes egzersizleri, 8 çalışmada kas gevşetme egzersizlerini içeren tedavi programlarının uygulandığı saptanmıştır. 5 çalışmada nüks önleme (Heldt ve ark. 2007, Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009, Rufur ve ark. 2010, Wesner ve ark. 2014), 2 çalışmada atılacaklık eğitimi (Dannon ve ark. 2004, Galassi ve ark. 2007), ayrıca yine 1 çalışmada da kendini izleme (self-monitoring) ve başa çıkma eğitimleri (Rufur ve ark. 2010) kullanılmıştır.

Seans Özellikleri ve Sayısı

Çalışmalarda uygulanan BDGT'nin seans özellikleri ve sayıları da değerlendirilmiştir. Bazı çalışmaların seanslara ilişkin ayrıntılı bilgi vermediği gözlenmiştir. Ancak genel olarak gözden geçirilen çalışmalarda seans sürelerinin 60 dk. (örn: Pailhez ve ark. 2014) ile 150 dk. (Rufur ve ark. 2010) arasında değiştiği görülmektedir. Altı çalışmada grup seans sürelerinin iki saat olduğu belirtilmiştir (Dannon ve ark. 2004, Choi ve ark. 2005, Galassi ve ark. 2007, Nakano ve ark. 2008, Bohni ve ark. 2009, Hovland ve ark. 2013). Grup terapilerinin sıklıkları değerlendirildiğinde ise; çalışmaların çoğunda haftada bir veya haftada iki kez uygulama yapıldığı görülmektedir. Çalışmalarda en az 5 seans (Rufur ve ark. 2010) en fazla 14 seans (örn: Galassi ve ark. 2007) olmak üzere farklı uzunlukta terapi süreleri bildirilmiştir. Başka bir deyişle uygulanan BDGT programlarının genel olarak kısa süreli programlar olduğu söylenebilir.

Üye ve Terapist Sayısı

Uygulanan BDGT programlarında, üye sayıları incelendiğinde; bir çalışmanın gruptaki üye sayısını belirtmediği, diğer on sekiz çalışmadaki grup üye sayılarının 3-4 (Nakano ve ark. 2008) ile 10-12 (Galassi ve ark. 2007) aralığında yer aldığı görülmektedir. Terapist sayısı açısından incelendiğinde ise; bir çalışmada grup terapisini yürüten terapist sayısı belirtilmemiş olmakla birlikte (Choi ve ark. 2005), on yedi çalışmada grup terapisinin iki terapistle, bir çalışmada (Sharp ve ark. 2004) ise tek terapistle yürütüldüğü anlaşılmaktadır.

Çalışmaların Bulguları

Tedavi Sonrası Değerlendirmeler:

Gözden geçirilen çalışmalar incelendiğinde çalışmaların büyük bir çoğunluğunda (9 çalışma) kontrol grubunun kullanılmadığı ve bir çalışmada BDGT alan grubun normal

örneklem ile karşılaştırıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda BDGT sonrasında katılımcılarda PB şiddeti, panik atak sıklığı vb. belirtilerde anlamlı azalmalar, sosyal ve mesleki işlevsellikte ise anlamlı artışların olduğunu belirtmektedir. Kontrol grubunun dahil edilmediği bu çalışmaların bir kısmında ilaca dirençli PB hastaları ile çalışılmıştır (Heldt ve ark. 2003, 2006a, 2006b, 2007). Bu çalışmalar incelendiğinde ise; BDGT'nin ilaca dirençli PB tanısı alan bireylerde panik atak şiddet ve sıklığı, beklenti anksiyetesi, sürekli anksiyete düzeyi ve agorafobik kaçınma davranışlarının azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir.

BDGT ile ilaç tedavisinin sonuçlarını karşılaştıran yalnızca bir çalışma bulunmaktadır (Dannon ve ark. 2004). Söz konusu çalışmanın bulgularına göre; yalnızca ilaç tedavisi (paroksetin) alan grup ile yalnızca BDGT alan grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Her iki grupta bulunan katılımcıların anksiyete belirtileri ve panik atak sıklıkları anlamlı düzeyde azalma göstermiştir.

BDGT alan katılımcıların bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmaların sonuçları benzerdir. Carter ve arkadaşları (2003), anksiyete duyarlılığının, durumluk ve sürekli kaygının ve hiperventilasyonun azalmasında; Rosenberg ve arkadaşları (2005) ise panik atak sayısının, anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasında; işlevsellik ve hasta memnuniyetinin artmasında BDGT'nin bekleme listesi kontrol grubundan daha etkili olduğunu saptamışlardır.

SBDT ve KBDT olarak isimlendirilen bireysel BDT programları ile BDGT'nin karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde, panik belirtilerinin azalması ve yaşam kalitesinin artmasında BDGT'nin diğer iki bireysel BDT yöntemi ile benzer etkinlik düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009). Sharp ve arkadaşları (2004) da agorafobinin ve eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtilerinin azalmasında BDGT ile bireysel olarak uygulanan SBDT'ye benzer etkinliğe sahip olduğunu ancak sadece klinik anlamlılık açısından bireysel BDT'nin BDGT'den daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmalarda BDGT'nin bireysel BDT'den daha az maliyetli olduğu vurgulanmıştır.

BDGT'nin farklı biçimlerinin karşılaştırıldığı makaleler incelendiğinde; Bohni ve arkadaşlarının (2009) Y-BDGT'nin standart BDGT ile eşit düzeyde etkili olduğunu bildirdikleri görülmüştür. Choi ve arkadaşları (2005) ise, 4 seanslık ve sanal gerçeklikle yüzleştirme alıştırmaları içeren D-BDGT'nin 12 seanslık geleneksel BDGT ile anksiyete duyarlılığını ve agorafobik bilişleri azaltmada, ilaç tedavisini bırakma oranında benzer etkinliğe sahip olduğunu sadece panik inançlarının azalmasında D-BDGT'nin daha etkili olduğunu bildirmiştir.

Fiziksel egzersiz grubuyla BDGT'ni karşılaştıran çalışmasında da Hovland ve arkadaşları (2013) panik atak sıklığı, agorafobik kaçınma ve anksiyete gibi belirtiler açısından BDGT lehine sonuçlar bildirmişlerdir.

İzlem Değerlendirmeleri

Bu çalışmaların beş tanesinde izlem değerlendirmesi alınmamıştır (Carter ve ark. 2003, Heldt ve ark. 2003, 2006a; Fentz ve ark. 2013, Wesner ve ark. 2014). Diğer çalışmalarda (14 çalışma) tedavinin bitiminden sonra izlem ölçümleri alınmıştır. İzlem ölçümlerinin alınmasının müdahale bitiminden 1 ay sonra (Dannon ve ark. 2004, Pailhez ve ark. 2014) ile 2 yıl sonra (Rosenberg ve ark. 2005, Marchand ve ark. 2009) arasında değişen geniş bir zaman aralığına sahip olduğu görülmektedir.

İzlem değerlendirmesinin alındığı çalışmaların hemen hemen hepsinde (12 makale) son test değerlendirmelerindeki değişimin korunduğu saptanmıştır (Rosenberg ve ark. 2004, Pailhez ve ark. 2014). Ek olarak Choi ve arkadaşları (2005) izlem ölçümünde, ilaç tedavisini bırakanın artmasında Standart BDGT'nin D-BDGT'den etkili olduğunu, Roberge ve arkadaşları (2008) ise, işlevsellik düzeyinin artmasında BDGT'nin bireysel terapilerden etkin olduğunu bildirmişlerdir.

Tartışma

Bu gözden geçirme çalışmasında, PB tedavisinde BDGT'nin etkililiğini araştıran 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan makaleler gözden geçirilmiştir. Taranan 19 makalenin 10 tanesi 2000-2007, 9 tanesi ise 2008-2015 yılları arasında yayınlanmıştır. Son 15 yıl dikkate alındığında, PB'de BDGT çalışmalarının son zamanların ürünü olmadığı, çalışma sayılarında benzer bir dağılımın olduğu görülmektedir. Söz konusu durumun nedeni PB tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımın etkililiğinin pek çok çalışma ile kanıtlanmış olmasıdır (Beck ve ark 1992, Clark ve ark. 1999). Nitekim BDT'nin PB tedavisinde psikososyal tedaviler arasında başat bir tedavi yöntemi olduğu belirtilebilir (Otto ve Deveney 2005). Dolayısıyla daha fazla hastaya ulaşma imkânı sağlayan ve daha az maliyetli olan BDGT uygulamasının PB tedavisinde kullanılması şaşırtıcı değildir.

Bu çalışmada gözden geçirilen makaleler genel olarak dört gruba ayrılabilir: kontrol ya da karşılaştırma gruplarının olmadığı çalışmalar, ilaç tedavisi ile karşılaştırma yapan çalışmalar, bireysel BDT ile karşılaştırma yapan çalışmalar ve farklı formattaki BDGT programlarını karşılaştıran çalışmalar. Bu çalışmalar içinde BDGT'nin farklı bir psikososyal tedavi yöntemiyle karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. İlaç tedavisi dışındaki karşılaştırma gruplarının ya bireysel BDT ya da süreç veya içerik açısından farklı BDGT grupları olması BDT'nin PB tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri olduğunu göstermektedir.

Çalışmaların bulguları incelendiğinde kontrol ya da karşılaştırma grubunun olmadığı çalışmalarda BDGT'nin PB tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır. Özellikle panik belirtilerinin ve genel olarak anksiyetenin azalması ile sosyal ve mesleki işlevselliğinin artmasında oldukça etkili gibi görülmektedir. Standart tedavi olarak bilinen ilaç tedavisi ile BDGT'nin karşılaştırıldığı çalışmada ise ilaç tedavisi ile BDGT'nin eşit düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. Söz konusu bulgu, özellikle ilaç kullanmak istemeyen hastalar açısından BDGT'nin iyi bir alternatif olduğu fikrini doğrulamaktadır. Ayrıca BDGT ilaca dirençli PB hastalarının tedavisinde de önemli bir alternatif olabilir. Nitekim ilaç tedavisinden yanıt alınmayan bireylerin tedavisinde BDGT'nin etkili olduğunu belirten çalışma sayısı günden güne artmaktadır (Pollack ve ark. 1994, Heldt ve ark. 2006a,2006b). Bireysel tedaviler ile karşılaştırılan çalışmalar, BDGT'nin bireysel terapiler ile eşit düzeyde etkili olduğunu göstermektedir. Bu durumda maliyet açısından grup temelli tedavilerin tercih edilmesi makul gibi görünmektedir.

Farklı BDGT biçimlerini karşılaştıran çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda da terapi gruplarının benzer etkinlik düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. Bu nedenle bu çalışma sonucunda hangi süreç ya da içeriğe sahip terapinin daha etkili olduğunu belirlemek mümkün değildir. Ancak çalışmalar kullandıkları BDT teknikleri açısından incelendiğinde zaten genellikle benzer tekniklerin kullanıldığı, terapilerin genellikle psikoeğitim, yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma içerdiği görülmektedir.

Yaygın olarak kullanılan bu geleneksel BDT tekniklerinin yanı sıra yüzleştirme uygulamalarını bilgisayar ortamında yapan terapilerin de olduğu görülmüştür. Üstelik süresi 4 seans gibi kısa olmasına rağmen bu terapi modelinin daha uzun standart BDGT kadar hatta bir ölçüm açısından daha etkili olduğunun bulunması, PB'un tedavisinde sanal gerçeklikle yüzleştirmenin önemli bir bileşen olabileceği fikrini vermiştir (Choi ve ark. 2005).

Bu gözden geçirmede yer alan çalışmaların tümünde BDGT'nin PB ile ilişkili belirtileri azaltmada başarılı olduğu bulunmuştur. Başarılı olan bu terapilerin uzunlukları incelendiğinde birbirilerinden farklı uzunluklara sahip olmakla birlikte, en uzun terapinin 14 seans olduğu anlaşılmıştır (Galassi ve ark. 2007, Roberge ve ark. 2008). Bu uygulamalarda bile terapinin nispeten kısa olduğu söylenebilir. Ayrıca 5 seanslık oldukça kısa BDGT çalışmalarının da PB belirtilerini azaltmada etkili olduğu görülmektedir (Rufer ve ark. 2010). Bu gözden geçirmede incelenen çalışmalardan yola çıkarak gruptaki üye sayısının, terapist sayısının, terapi süresinin terapi etkililiğinde bir fark yaratıp yaratmadığına ilişkin bir bilgiye ulaşılamamıştır. Etkili ve daha az maliyetli terapi yöntemleri geliştirmek için bu konularda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kısa süreli BDGT uygulamalarının da etkili bulunması ve grup olarak aynı anda fazla sayıda kişiye ulaşma imkanı vermesi nedenleriyle BDGT'nin rutinde uygulanabilir bir tedavi olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte bu makalede gözden geçirilen çalışmalar arasında Türkiye'de yapılmış bir etkililik çalışması yer almamıştır. Bunun temel nedenlerinden birinin ülkemizdeki sağlık politikaları olduğu düşünülse de, ülkemizde BDT uygulayacak yeterlikte klinisyen sayısının az olması da önemli bir nedendir. Terapinin grup olarak uygulanması rutinde uygulanabilirliğini artırsa da, ülkemizde BDT uygulayabilecek yeterli sayıda terapistin yetişmesine ihtiyaç olduğu da söylenebilir.

Sonuç

PB hastalarının bedensel duyularını felaketeleştirici bir şekilde yorumladıkları (Clark, 1986), bu yorumlamaların değiştirilmesiyle BDT'den oldukça yarar sağladıkları bilinmektedir (Beck ve ark. 1992, Clark ve ark. 1999). Bu makalede gözden geçirilen çalışmalar BDGT'nin PB ile ilişkili belirtileri azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bireysel BDT ile benzer etkinlik düzeyine sahip olan BDGT az maliyetle daha fazla hasta tedavi etme imkanı sağladığından tercih edilebilir bir yöntemdir.

Kaynaklar

- Alkın T (2002) Birinci basamakta panik bozukluğu tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Ek 3):22-31.
- Angst J (1998) Panic disorder: history and epidemiology. *Eur Psychiatry*, 13:51-5.
- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Barlow DH (1988) *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York, Guilford Press.
- Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS (1989) Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther*, 20:261-282.
- Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berckick R, Wright F (1992) A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 149:778-783.
- Bohni MK, Spindler H, Arendt M, Hougaard E, Rosenberg NK (2009) A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 120:187-195.
- Carrera M, Herran A, Ayuso-Mateos JL, Sierra-Biddle D, Ramirez ML, Ayestarán A et al. (2006) Quality of life in early phases of panic disorder: Predictive factors. *J Affect Disord*, 94:127-134.

- Carter MM, Sbrocco T, Gore KL, Marin NW, Lewis EL (2003) Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognit Ther Res*, 27:505-518.
- Choi YH, Vincelli F, Riva G, Wiederhold BK, Lee JH, Park KH (2005) Effects of group experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 8:387-393.
- Clark DM (1986) A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24: 461-470.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Ludgate J, Gelder M (1999) Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 67:583.
- Dannon PN, Gon-Usishkin M, Gelbert A, Lowengrub K, Grunhaus L (2004) Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients: the efficacy of CBGT versus drug treatment. *Ann Clin Psychiatry*, 16:41-46.
- Fentz HN, Hoffart A, Jensen MB, Arendt M, O'Toole MS, Rosenberg NK et al. (2013) Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behav Res Ther*, 51:579-587.
- Galassi F, Quercioli S, Charismas D, Niccolai V, Barciulli E (2007) Cognitive behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*, 63:409-416.
- Gould RA, Ott MW, Pollack MH (1995) A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*, 15:819-844.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S et al. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67:363-374.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolani L et al. (2003) Treating medication resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom*, 72:43-48.
- Heldt E, Blaya C, Isolani L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW et al. (2006a) Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom*, 75:183-186.
- Heldt E, Blaya C, Kipper L, Salum GA, Otto MW, Manfro GG (2007) Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: one-year follow up. *J Nerv Ment Dis*, 195:540-543.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolani L, Otto MW (2006b) One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther*, 44:657-665.
- Hovland A, Nordhus IH, Sjøbø T, Gjestad BA, Birkenes B, Martinsen EW et al. (2013) Comparing physical exercise in groups to group cognitive behaviour therapy for the treatment of panic disorder in a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother*, 41:408-432.
- Katon W, Hollifield M, Chapman T, Mannuzza S, Ballenger J, Fyer A (1995) Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res*, 29:121-31.
- Katschnig H, Amering M (1998) The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol*, 18(6 Suppl 2):S6-S11.
- Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Marchand A, Roberge P, Primiano S, 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. *J Anxiety Disord*, 23:1139-1147.
- Mendlowicz MV, Stein MB (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 157:669-682.
- Nadiga DN, Hensley PL, Uhlenhuth, EH (2003) Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. *Depress Anxiety*, 17:58-64.
- Nakano Y, Lee K, Noda Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T et al. (2008) Cognitive behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: acute phase and one year follow up results. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62:313-321.
- Otto MW, Deveney C (2005) Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*, 66(suppl 4):S28-S32.
- Otto MW, Pollack MH, Penava SJ, Zucker BG (1999) Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacotherapy for panic disorder: A clinical case series. *Behav Res Ther*, 37:763-770.
- Otto MW, Tuby KS, Gould RA, McLean RYS, Pollack MH (2001) An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 158:1989-1992.
- Pailhez G, Bulbena A, Fullana MA (2014) Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in a specialized unit. *Actas Esp Psiquiatr*, 42:176-184.
- Pollack MH (2005) The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66(suppl 4):S23-S27.
- Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, Cassano GB, Greist JH, Hollander E et al. (2003) WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. *CNS Spectr*, 8(suppl 1):S17-S30.

- Pollack MH, Otto MW, Kaspi SP, Hammerness PG, Rosenbaum JF (1994) Cognitive behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 55:200-205.
- Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Savard P (2008) Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia a randomized, controlled trial and cost effectiveness analysis. *Behav Modif*, 32:333-351.
- Rosenberg NK, Hougaard E (2005) Cognitive-behavioural group treatment of panic disorder and agoraphobia in a psychiatric setting: A naturalistic study of effectiveness. *Nord J Psychiatry*, 59:198-204.
- Rufer M, Albrecht R, Schmidt O, Zaum J, Schnyder U, Hand I et al. (2010) Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Eur Psychiatry*, 25:8-14.
- Sharp DM, Power KG, Swanson V (2004) A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clin Psychol Psychother*, 11:73-82.
- Sokol L, Beck AT, Greenberg RL, Wright FD, Berchick RJ (1989) Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. *J Nerv Ment Dis*, 177:711-716.
- Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Blaya C, Manfro GG, Heldt E (2014) Effect of cognitive behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Compr Psychiatry*, 55:87-92.

Servet Kaçar Başaran, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütcü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütcü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmalardaki yöntem özellikleri ve sonuçlar

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Seçkisiz Atama	Ölçümler	Drop out	Son Test Sonuçlar	İzlem Sonuçlar
Bohni ve ark. (2009)	DSM-IV 39 PB (35 Ag. PB) (28 K, 11 E)	1. S-BDGT (20) 2. Y-BDGT (19)	PE, BYY BY, AY PE, BYY BY, AY	Var	Ön test-Son test İzlem (3, 6, 18.ay) PBŞÖ, ADİ, BAÖ, BDE İGD, MIA	1	Son test ölçümlerinde; panik bozukluk şiddetinin ve anksiyete düzeyinin azalmasında, işlevsellik ve hasta memnuniyetinin artmasında Y-BDGT=S-BDGT	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür. Panik bozukluk şiddetinin ve anksiyete düzeyinin azalmasında, işlevsellik ve hasta memnuniyetinin artmasında Y-BDGT=S-BDGT
Carter ve ark. (2003)	DSM-IV 32 Ag. PB (32 K)	1. BDGT (17) 2. BL (15)	PE,NE BYY, BY In-Y	Var	Ön test-Son test ADİ, DKÖ SKÖ, BDE MIA, HQC	7	Son test ölçümlerinde; Anksiyete duyarlılığının, durumluk ve sürekli kaygının, hiperventilasyonun azalmasında BDGT> BL	-
Choi ve ark. (2005)	DSM-IV 40 Ag. PB (22 E, 18 K)	1. S-BDGT (20) 2. D-BDGT (20)	PE, NE KGE, BYY In-Y, BY SGMB PE, BYY NE, KGE In-Y, BY	Var	Ön test-Son test İzlem (6.ay) BDE, DKÖ SKÖ, ADI ABÖ, BSQ PBQ	Yok	Son test ölçümlerinde; panik inançlarının azalmasında; D-BDGT>S-BDGT Anksiyete duyarlılığının, agorafobik bilişlerin, vücut duyuları ölçeğinin azalmasında ve ilaç tedavisini bırakmanın artmasında D-BDGT= S-BDGT	İzlem ölçümlerinde; ilaç tedavisini bırakmanın artmasında S-BDGT > D-BDGT
Dannon ve ark. (2004)	DSM-IV 50 (19 Ag. PB) (29 K, 21 E)	1. BDGT (23) 2. İT Paroxetine (27)	PE BYY KGE NE,AE	Var	Ön test-4.hafta ve 12.hafta HADÖ, PSQ,KGi	7 1 (BDGT) 6 (İT)	-----	12. hafta ölçümlerinde; anksiyete belirtileri ve panik atak sıklıklarının azalmasında, iyi olma durumlarının artmasında BDGT=İT
Fentz ve ark. (2013)	DSM-IV 45 PB (30 Ag.	1. BDGT (% 82 İT alıyor)	PE, BYY BY, In-Y	Yok	Ön test-Son test	8	Son test ölçümlerinde; Panik bozukluk şiddetinde ve	-----

	PB) (AB, DB Eşanı) (30 K, 15 E)	KG yok			PBŞÖ, CBS BAÖ, PAI-C		anksiyete düzeyinde anlamlı azalmalar var.	
Galassi ve ark. (2007)	DSM-III-R 76 Ag. PB (60 K, 16 E)	1. BDGT KG yok	PE, In-Y BY, BYY AE, PÇE	Yok	Ön test-Son test İzlem (6.ay) Panik atak sıklığı Panik atak yaşama korkusu BDE. MIA DKÖ, SKÖ KGİ, SDS	17	Son test ölçümlerinde; panik atak sıklığında, depresyon düzeyinde, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinde, agorafobik korku ve kaçınmada azalma ve sosyal mesleki işlevsellikte artış gözlenmiştir.	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür. Panik atak sıklığında, depresyon düzeyinde, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinde, agorafobik korku ve kaçınmada azalma ve sosyal mesleki işlevsellikte artış devam etmektedir.
Heldt ve ark. (2003)	DSM-IV 32 Ag. PB (AB, DB Eş Tanı) (25 K, 7 E)	1. BDGT KG yok	BY, In -Y BYY, PE NE, KGE	Yok	Ön test-son test KGİ HADÖ Panik atak ve agorafobik kaçınma düzeyi	3	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk hastalarında panik atak şiddet ve sıklığı, agorafobi düzeyi, beklenti anksiyetesi ve anksiyete düzeyi azalmıştır.	-
Heldt ve ark. (2006a)	DSM-IV 32 PB (29 Ag. PB) (AB, DB Eş Tanı) (21 K, 11 E)	1. BDGT KG yok	PE BYY BY In-Y NE KGE	Yok	Ön test-son test KGİ HADÖ DSÖ-Kısa Panik atak ve agorafobik kaçınma düzeyi	4 (çıkarı- lan)	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk hastalarında; yaşam kalitesinde artma, anksiyete ve beklenti anksiyetesinde; ayrıca agorafobik kaçınmada azalma saptanmıştır.	-
Heldt ve ark. (2006b)	DSM-IV 64 PB	1. BDGT KG yok	BYY PE	Yok	Ön test-Son test İzlem	1	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk	İzlem ölçümünde kazanımlar sürdürülmüştür. Ek olarak ilaç kullanımında da

	(AB, DB Eş Tanı) (46 K, 18 E)		In-Y NE KGE AY		(12.ay) KGİ HADÖ Panik atak ve agorafobik kaçınma düzeyi		hastalarında; panik atak sıklığında anksiyete ve beklenti anksiyetesinde ve agorafobik kaçınmada azalma ve işlevsellik düzeyinde artma saptanmıştır.	anlamli bir azalma saptanmıştır.
Heldt ve ark. (2007)	DSM-IV 47 PB (42 Ag. PB) (AB, DB Eş Tanı) (29 K, 18 E)	1. BDGT KG yok	NE KGE MB BYY BY In-Y NÖ	Yok	Ön test-Son test İzlem (12.ay) PI HADÖ KGİ	5	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk hastalarında; panik atak sıklığında anksiyete ve beklenti anksiyetesinde; ayrıca agorafobik kaçınmada azalma saptanmıştır.	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür. Panik atak sıklığında anksiyete ve beklenti anksiyetesinde; ayrıca agorafobik kaçınmada azalma saptanmıştır.
Hovland ve ark. (2013)	DSM-IV-TR 36 PB (29 K, 7E)	1. BDGT (19) 2. FE (17)	PE BYY BY Y	Var	Ön test- Son test İzlem (6., 12. ay) ABÖ, MIA, BSQ BAÖ, Panik atak sıklığı, BDE, QoLI DKÖ, SKÖ	1	Son test ölçümlerine göre; Panik atak sıklığının, agorafobik kaçınmanın, durumluk ve sürekli kaygının azalmasında BDGT>FE Agorafobik bilişler ve vücut duyularının yanlış yorumlanmasının azalmasında BDGT=FE. (Ancak BDGT'nin etki büyüklüğü daha yüksek.)	İzlem ölçümlerine göre; Panik atak sıklığının ve tedavi arama davranışının azalmasında BDGT>FE Agorafobik bilişler ve vücut duyularının yanlış yorumlanmasının azalmasında BDGT=FE. (Ancak BDGT'nin etki büyüklüğü daha yüksektir.)
Marchand ve ark. (2009)	DSM-IV 100 Ag. PB (AB, MD Eş Tanı) (79 K, 21 E)	1. BDGT (30) 2. KBDT (24) 3. Standart BDT (30) 4. BL (27)	3 terapi için; PE NE BYY In-Y BY, NÖ	Var	Ön test-Son test İzlem (1., 2. Yıl) MIA ABÖ BSQ, ADİ, BDE QLSI	16	Son test ölçümlerine göre; septomların şiddetinin azalmasında, psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesinin artmasında ve nüksetme oranında; BDGT=KBDT=SBDT>BL Ayrıca maliyet analizi kapsamında BDGT=KBDT<SBDT	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür

Nakano ve ark. (2008)	DSM-IV 70 PB (66 Ag. PB) (AB, MD EşTanı) (46 K, 24 Ek)	1. BDGT (70) KG yok	PE BYY BY AY	Yok	Ön test-Son test İzlem (3., 12. Ay) PBŞÖ FQ-Ago MIA ABÖ BSQ SCL-90 WHLS	14	Son test ölçümlerine göre; panik bozukluğun şiddeti, agorafobik korku düzeyi, agora- fobi ile ilgili bilişlerde ve beden duyumlarının yanlış yorumlanma- sında anlamlı bir azalma saptan- mıştır.	İzlem ölçümlerine göre; 3. Ve 12. Ay izlem ölçümlerinde düşük puanlarda süreklilik sağlanmıştır.
Pailhez ve ark. (2014)	DSM-IV 62 PB (39 K, 23 E)	1. BDGT (62) (53 İT alıyor) KG yok.	PE BY Y	?	Ön test-Son test İzlem (1., 3. Ay) PAÖ SKÖ BDE ADİ SDS	34	Son testte panik agorafobi ölçeğinde, anksiyete düzeyinde ve anksiyete duyarlılığında anlamlı azalmalar vardır. Depresyon puanında anlamlı bir azalma yoktur.	Söz konusu kazanımlar 1 ve 3 aylık izlemlerde de devam etmiştir. Ek olarak izlem ölçümlerinde depresyon puanı da anlamlı olarak azalmıştır.
Roberge ve ark. (2008)	DSM-IV 100 Ag. PB (AB, MD EşTanı) (79 K, 21 E)	1. BDGT (30) 2. KBDT (24) 3. Standart BDT (30) 4. BL (27)	3 terapi için; PE NE BYY BY In-Y NÖ	Var	Ön test-Son test İzlem (3.ay) MIA PAÖ ABÖ BSQ ADİ BDE QLSI	16	Son test ölçümlerine göre; 3 tedavi türünde de klinik ve istatistiksel anlamlılık vardır. BDGT=KBDT=SBDT Maliyet açısından analiz edildi- ğinde ise; BDGT=KBDT<SBDT	İzlem ölçümlerine göre; işlevsellik düzeyinin artmasında; BDGT>KBDT>SBDT
Rosenberg ve ark. (2005)	DSM-III-R 93 PB (AB, MD EşTanı) (Cinsiyet?) (10 Agorafobi)	1. BDGT (53) 2. BL (40) (Gecikmeli Terapi)	PE BYY BY Y	Var	Ön test-Son test İzlem (18., 24.ay) SCL-90	12 7 (BDGT) 5 (BL)	Son test ölçümlerine göre; panik atak sayısının, anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasın- da; işlevselliğin ve hasta memnu- niyetinin artmasında;	İzlemlerde de kazanımlar sürdürülmüştür.

	yok veya az düzeyde)				DKÖ SKÖ CPSAS Hasta memnuniyeti		BDGT> BL	
Rufer ve ark. (2010)	DSM-IV 55 PB (23 Ag. PB) (AB, DB, Alkol Bağ. Eş Tanı) (34 K, 21 E)	1. BDGT (55) (19 İT alıyor)	PE Kİ, MB (Terapist ile ve yalnız) BÇE BYY KGE NÖ Y	Yok	Ön test-Son test İzlem (6.ay) SF-36 PAÖ	Yok	Son test ölçümlerinde; fiziksel işlevsellik ve canlılık alt boyutları dışında işlevsellik ve genel sağlıkta iyileşme söz konusudur. Panik atak sıklığı, beklenti anksiyetesi düzeyi ve agorafobi düzeyinde anlamlı bir düşme mevcuttur.	İzlemde de kazanımlar sürdürülmüştür.
Sharp ve ark. (2004)	DSM-IV 97 PB (Cinsiyet?)	1. BDGT (38) 2. SBDT (37) 3. BL (22) (Gecikmeli terapi)	İki terapi için; BYY Y	Var	Ön test-Son test İzlem (3.ay) FQ-Ago HADÖ MADRS Panik atak sayısı	27	Son test ölçümlerinde; anksiyete ve depresyon düzeyinin, agorafobik korkunun azalmasında BDGT=SBDT>BL Klinik anlamlılık açısından bakıldığından (ölçeklerin kesme puanı baz alınarak); SBDT> BDGT> BL	İzlem ölçümlerine göre; Anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasında BDGT=SBDT=BL* * BL grubu izlem ölçümünün alındığı dönemde tercih ettiği bireysel ya da grup terapisini tamamlamış bulunmaktadır.
Wesner ve ark. (2014)	DSM-IV -TR 1. 48PB (43 Ag. PB) (AB, DB Eş Tanı) 2. 75 NoÖ (93 K, 30 E)	1. BDGT (48) 2. NoÖ (75)	PE BYY BY In-Y NE KGE NÖ	Yok	Ön test-Son test HADÖ KGİ CSI BDE	Yok	Son test ölçümlerine göre; tedavi grubunda başa çıkma stratejilerinde yükselme, panik atak, agorafobi, beklenti anksiyetesi ve depresyon düzeyinde anlamlı bir düşme mevcuttur. KG ile karşılaştırıldığında; tedavi sonrası problem çözmeye, pozitif yeniden değerlendirme ve öz	-

								kontrol becerileri anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Genel Kısaltmalar: ?Belirtilmemiş, K: Kadın, E:Erkek, NoÖ: Normal Örneklem; **Tedaviler:** BL: Bekleme Listesi, D-BDGT: Deneysel Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, FE: Fiziksel Egzersiz, İT: İlaç Tedavisi, KBDT: Kısa Bilişsel Davranışçı Terapi, S-BDGT: Standart Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, SBDT: Standart Bilişsel Davranışçı Terapi, Y-BDGT: Yoğun Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi; **Teknikler:** AE: Atılganlık Eğitimi, AY: Aşamalı Yüzleştirme, BÇE: Başa Çıkma Eğitimi, BY: Bedensel Yüzleştirme (Interceptive Exposure), BYY: Bilişsel Yeniden Yapılandırma, DY: Durumsal Yüzleştirme, In-Y: In vivo Yüzleştirme, KGE: Kas Gevşetme Egzersizleri, NE: Nefes Egzersizleri, NÖ: Nüks Önleme, PE: Psikoeğitim, SGY: Sanal Gerçeklikle Yüzleştirme (Virtual Reality), Y: Yüzleştirme; **Tanımlar:** AB: Anksiyete Bozuklukları, Ag. PB: Agorafobili Panik Bozukluk, Bağ.: Bağımlılık, DB: Duygudurum Bozuklukları, MD: Majör Depresyon, PB: Panik Bozukluk; **Ölçekler:** ABÖ: Agorafobik Bilişler Ölçeği, ADI : Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BSQ: Body Sensations Questionnaire, CBS: Catastrophic Belief Scale, CPASAS: Clark Personal and Social Adjustment Scale, CSI: Coping Strategies Inventory, DSÖ-Kısa Form (WHOQOL-BREF): Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Kısa Form, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, FQ-Ago: Agoraphobia subscale of the Fear Questionnaire, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HQC: The Hyperventilation Questionnaire—Cognitive Subscale, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, KGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MIA: Mobility Inventory for Agoraphobia, PAI-C: Panic Appraisal Inventory-Panic Coping Subscale, PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği, PBQ: Panic Belief Questionnaire, PBŞÖ: Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği, PI: Panic Inventory, PSQ: Panic Self Questionnaire, QLSI: Quality of Life Systemic Inventory, QoLI: Quality of Life Inventory, SCL-90: Belirti Tarama Listesi, SDS: Sheehan Disability Scale, SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, WHLS: Work, Home Management, Social and Private Leisure Activities Scale. Drop out: Çalışmayı bırakma