

# Ötetalısal (Transdiyagnostik) Bilişsel Davranışçı Psikoterapi: Bütünleşik Protokol Örneği

## *Transdiagnostic Cognitive Behavioral Psychotherapy: Unified Protocol as an Example*

 Sedat Batmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Ankara

### ÖZ

Kategorik sınıflandırmaya imkân veren yaklaşımların pek çok kısıtlılığının olması, tanılardan ziyade tanılardan altta yatan ortak psikopatolojik süreçlere odaklanan ve kesitsel yerine boylamsal (uzunlamasına) değerlendirmeyi vurgulayan ötetalısal (transdiyagnostik, tanılarötesi) yaklaşımların (ÖY) öne çıkmasına yol açmıştır. ÖY ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde altta yatan ortak psikopatolojik süreçlere odaklanır. Böylelikle kategorik açıdan bozukluklar farklı şekilde tanı alsada dahi birbirleriyle ne açıdan örtüşükleri ya da ayrışıkları tespit edilebilir. ÖY, bu yönleri kullanarak ruhsal bozuklukları tedavi etmeyi amaçlar. ÖY, bilişsel davranışçı terapilerin işleyişine kolaylıkla entegre edilebilecek esnek ve modüler bir yapıya sahiptir. Bu gözden geçirme yazısının geri kalan kısmında en popüler ÖY örneklerinden biri olan Bütünleşik Protokol (BP) üzerinde durulacaktır. BP'de temel amaç hastaların duygularını tanımaları ve olumsuz nitelikteki duygularına daha işlevsel tepkiler vermelerini sağlamaktır. Bu doğrultuda BP sekiz modülden oluşur. Modüller genellikle haftada bir sıklıkta, her biri 50 – 60 dakika süren bireysel görüşmeler ile toplam 11 – 17 hafta içerisinde tamamlanabilir. Gereklik olması halinde modüllere ayrılan oturum sayılarında veya oturumların sıklığında değişiklik yapılabilir. BP'nin her bir modülü hedefleri ve bu hedeflere dönük tedavi yaklaşımları son derece net bir şekilde belirlenmiş bir yaklaşıma imkân verir. Bu nedenle BP'nin uygulamaya geçirilmesinden önce detaylı bir değerlendirme, olgu kavramsallaştırması ve tedavi planı ortaya çıkarma gereği vardır. BP konusundaki gelişmelere Türkiye'den ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve çalışanlarının da katkı yapması ümit edilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Bilişsel davranışçı terapi, bütünleşik protokol, modüler yaklaşım, ötetalısal yaklaşım

### ABSTRACT

The fact that there are many limitations of the current classification systems led to the emergence of transdiagnostic approaches (TA) that focus on the common psychopathological processes underlying disorders rather than categorical diagnoses. TA focuses on the underlying common psychopathological processes in the emergence and persistence of mental disorders. Thus, even if the disorders are categorically diagnosed differently, it can be determined how they overlap or separate with each other. TA aims to treat mental disorders using these aspects. TA has a flexible and modular structure that can be easily integrated into cognitive behavioral therapies. The rest of this review will focus on the Unified Protocol (UP), one of the most popular TA examples. The main purpose of the UP is to enable patients to recognize their feelings and give more adaptive reactions to their negative emotions. Accordingly, UP consists of eight modules. The modules can usually be completed in a total of 11 - 17 weeks. Each 50 to 60-minute individual session is held once a week. If necessary, changes can be made to the number or the frequency of sessions allocated to modules. The goals of each module of the UP and the treatment approaches towards these goals allow a very clearly defined approach. For this reason, there is a need for a detailed evaluation, conceptualization and treatment plan before the UP is put into practice. We hope that mental health professionals from Turkey will contribute to the developments in the UP.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy, modular approach, transdiagnostic approach, unified protocol

### Giriş

Her ne kadar ruhsal bozuklukları sınıflandırma çabaları binlerce yıl geriye gitse de özellikle son elli yılı aşkın süre içerisinde ruhsal bozuklukların belirlenmiş taksonomiler içerisinde sınıflandırılması öne çıkmıştır (Kendler 2009). Bugün için ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM 5) (American Psychiatric Association 2013) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-10) (World Health Organization 1992) temel dayanak olarak kullanılmaktadır. Ancak kategorik sınıflandırmaya imkân veren bu yaklaşımların pek çok kısıtlılığının olması,

özellikle son otuz yılda, tanılardan ziyade tanıların altında yatan ortak psikopatolojik süreçlere odaklanan ve kesitsel yerine boylamsal (uzunlamasına) değerlendirmeyi vurgulayan ötetanısal (transdiyagnostik, tanılarıötesi) yaklaşımların (ÖY) öne çıkmasına yol açmıştır (Sauer-Zavala ve ark. 2017a).

Mevcut kategorik ve tanısal sınıflandırma sistemlerinin eksiklikleri yakın tarihli bir derleme yazısında yedi başlık altında toplanmıştır (Dalglish ve ark. 2020):

1. Ruhsal bozuklukların altında yatan biyopsikososyal ve psikopatolojik süreçler transdiyagnostiktir (Kendler 2012).
2. Ruhsal bozuklukların belirti kümeleri kesitsel olarak bozukluğun var ya da yok şeklinde kategorilere ayrılmasından ziyade normalden patolojik olana doğru süreklilik arz eden boyutsal bir görüngü oluşturur (Haslam ve ark. 2012). Dahası ruhsal bozukluğu olan pek çok kişi tanı için gerekli olan eşik değerlerin altında belirtilerle başvurur (Kotov ve ark. 2018).
3. Ruhsal bozukluklar arasında belirgin düzeyde yüksek eşhastalanma (komorbidite) hızı söz konusudur ve farklı bozuklukların birbirlerinden ayırt edici özellikleri kısıtlıdır (Kessler ve ark. 2005, van Loo ve Romeijn 2015).
4. Aynı ruhsal bozukluk tanısını alan kişilerdeki belirti kümeleri arasında belirgin farklılıklar olabilir. Öyle ki DSM'ye dayalı majör depresif bozukluk tanısı için 16.400 farklı belirti profili oluşturulabilmektedir (Fried ve Nesse 2015). Travma sonrası stres bozukluğu tanısı için ise 636.120 farklı olasılık (Galatzer-Levy ve Bryant 2013) söz konusu olabilmektedir.
5. Ruhsal bozuklukların kategorik şekilde sınıflandırılması aslında rahatsızlığın bir parçası olan ancak tanı ölçütleri içerisinde sayılmayan pek çok belirti kümesinin atlanmasına neden olmaktadır. Nitekim DSM'ye göre majör depresif bozukluk tanısı konulmuş kişilerde kullanılabilecek 280 farklı klinik değerlendirme aracıyla (Santor ve ark. 2006) 52 farklı depresyon belirtisinin sorgulanabildiği, ancak bu değerlendirme araçları içerisinde en sık başvuru alan yedisi göz önünde bulundurulursa bu belirtilerden yalnızca %12'sinin hepsi tarafından sorgulandığı bildirilmiştir (Fried 2017).
6. Ruhsal bozuklukların görüngüleri zaman içerisinde değişkenlik gösterebilir ve kişilerin tanısal kategorilerin birinden diğerine geçmelerine neden olabilir (Wittchen ve ark. 2008, Fichter ve ark. 2010).
7. Klinisyenlerin gerçek yaşamdaki uygulamaları tanıya özgül tedavi girişimlerinden çok kendilerine başvuran kişilerin bireysel kavramsallaştırmalarına dayanmaktadır ve böylelikle eşhastalık ya da eşik altı belirtilerin varlığı gibi karmaşık olguların tedavisi için eklektik bir yaklaşım sunulmasına fırsat vermektedir.

Yukarıda özetlenmiş olan noktalara ek olarak ruhsal bozukluk tanılarının getirdiği damgalanma, mesleğe yeni başlayan klinisyenlerin her bir bozukluğa özgül tedavi protokolünü öğrenmesinin getireceği ek yük ve deneyim eksikliği, vb. düşünülecek olursa ÖY'nin bozukluğa özgül geleneksel yaklaşımların yerini neden alabileceği de daha iyi anlaşılacaktır (Batmaz 2018). Öte yandan mevcut tanı sınıflandırma sistemlerinin bir anda terk edilip radikal ÖY temelli sınıflandırma ve tedavi girişimlerine geçilmesi günümüz koşullarında zor görünmektedir. Nitekim ilgili alanyazında da bu tartışmalar dikkate alınarak hem "esnek" (soft) olmayı savunup kategorik tanıları içerisinde kalarak, hem de "kesin" (hard) şekilde kategorik tanıları tamamen yok sayarak ÖY uygulamaları önerilmektedir (Dalglish ve ark. 2020).

## Ötetanısal Yaklaşım

ÖY ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde altta yatan ortak psikopatolojik süreçlere odaklanır. Böylelikle kategorik açıdan bu bozukluklar farklı şekilde tanı alsa dahi birbirleriyle ne açıdan örtüştükleri ya da ayrıştıkları tespit edilebilir. ÖY, bu yönleri kullanarak ruhsal bozuklukları tedavi etmeyi amaçlar (Batmaz 2018). ÖY, bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) işleyişine kolaylıkla entegre edilebilecek esnek ve modüler bir yapıya sahiptir (Mansell ve ark. 2012, Barlow ve Farchione 2018).

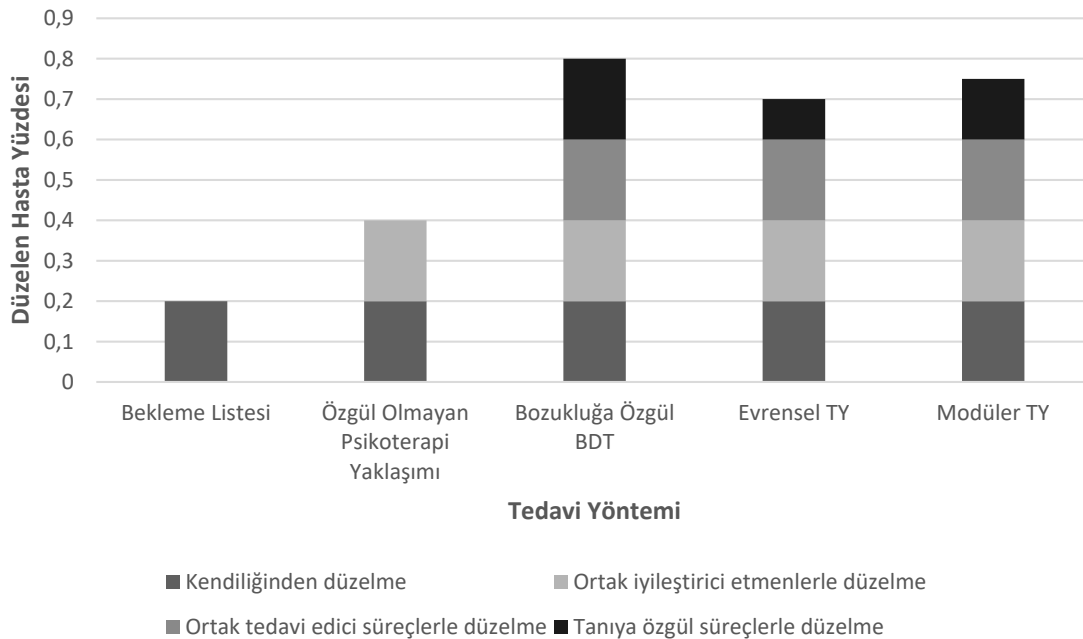
BDT temelli ÖY, ruhsal bozuklukların altındaki ortak psikopatolojik süreçlerin saptanıp bunlara müdahale edilmesi esasına dayanmaktadır. Bu süreçlerin son yıllardaki araştırmalar sayesinde gittikçe artan şekilde tespit edildiği ve birer tedavi hedefi olarak seçildiği bilinmektedir. Öncelikle dışsal ve içsel uyaranlara karşı seçici dikkat, kaçınmaya ve güvenliğe yönelmiş dikkat, açık seçici bellek, yineleyici hatıralar, yorumlama ve beklenti yanlılıkları, duygusal çıkarsama, yineleyici nitelikte olumsuz düşünme tarzı, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlar, kaçınma davranışları, güvenlik sağlayıcı davranışlar ve yaşantısal kaçınma kesin ötetanısal bilişsel ve davranışçı süreçler olarak bildirilmiştir (Harvey ve ark. 2004, Oğuz ve Batmaz 2020). Örtük seçici bellek, aşırı

genel bellek, kaçınan kodlama ve geri çağırma, atfetme yanlılığı, zihinsel kestirmeler, ortak değişim yanlılığı, tehlikeyi doğrulama yanlılığı, düşünce baskılama ve yetersiz şekilde algılanan güvenlik işaretlerinin de muhtemelen benzer süreçler olduğu öne sürülmüştür (Harvey ve ark. 2004). Bunların yanı sıra belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal tepkisellik ilişkili dürtüsellik, mükemmeliyetçilik, nörotisizm, duygu düzenleme stratejileri, anksiyete duyarlılığı, aleksitimi, düşünce - eylem kaynaşması, benlik saygısı, anhedoni, utanç, obsesif inanışlar, intrüzyonların yorumlanması, düşünce baskılama, sorun çözme becerileri, yeniden değerlendirme, kendini eleştirme, uzun vadede kazanılacak ödül için anlık hazı erteleyebilme de ötetanısai psikolojik süreçler arasında sayılmaktadır (Mansell ve ark. 2008, Oğuz ve Batmaz 2020).

Eşhastalık hızlarının yüksekliği, heterojen belirti kümeleri, tanıya özgül yöntemlerin etkinliklerinin kısıtlı olması gibi nedenlerle ÖY'nin ne derece etkin olduğuna dair çok sayıda çalışma yayımlanmıştır (Dagleish ve ark. 2020). Yakın tarihli metaanalizler ve gözden geçirme makaleleri ÖY'nin depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında en az bozukluğa özgül psikoterapiler kadar etkin olduğunu, hatta kimi metaanaliz sonuçlarına göre depresyon ve yaşam kalitesinde ÖY ile bozukluğa özgül psikoterapilerden daha üstün sonuçlar elde edilebildiğini, internet üzerinden sunulan ÖY temelli psikoterapilerde de yüz yüze görüşmeler sürdürülen psikoterapilerde beklenene benzer etkinliğe ulaşıldığını, çocuk ve ergenler yaş grubundaki hastalarda da ÖY ile etkinliğin görüldüğünü, ancak yine de ÖY'yi bozukluğa özgül tedavilerin yerine önermek için henüz erken olabileceğini, ÖY'nin etkinlik sonuçlarının çalışmaların metodolojik sorunlarından kaynaklanan düşük nitelikli araştırmalar nedeniyle olduğundan daha yüksek görülebileceğini ve bu nedenle bu alanda daha fazla sayıda araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Reinholt ve Krogh 2014, Ewing ve ark. 2015, Newby ve ark. 2015, Andersen ve ark. 2016, Garcia-Escalera ve ark. 2016, Newby ve ark. 2016, Pearl ve Norton 2016, Pasarelu ve ark. 2017, Sakiris ve Berle 2019, Oğuz ve Batmaz 2020).

Klinik uygulamada ÖY kabaca iki grup altında incelenebilir (Dagleish ve ark. 2020):

1. **Modüler Yaklaşımlar:** Modüler yaklaşımlar her biri kendi başına işe yarayan, hastanın gereksinimleri doğrultusunda kullanılabilen veya kullanım sırası değiştirilebilen, kanıta dayalı olarak geliştirilmiş işlevsel birimlerden oluşur. Modüller halinde psikoterapi uygulamak her bir hastanın gereksinimine göre özelleştirilmiş bir algoritma gerektirdiğinden daha zor olmakla birlikte hastanın başvuru yakınmaları ve sunulan terapinin örtüşmesi açısından daha yüksek bir uyuma sahiptir.
2. **Evrensel Yaklaşımlar:** Evrensel yaklaşımlar tüm hastalara aynı içeriğe sahiptir ve mümkün olduğu kadar geniş bir tanı yelpazesini kapsayan terapötik teknikleri kullanmaya fırsat verir. Klinisyenlerin teknikler arasında seçim yapmasına gereksinimlerinin olmaması hem bu yaklaşımların eğitimlerle yaygınlaştırılmasını hem de daha kolayca öğrenilip uygulanmasını sağlar.

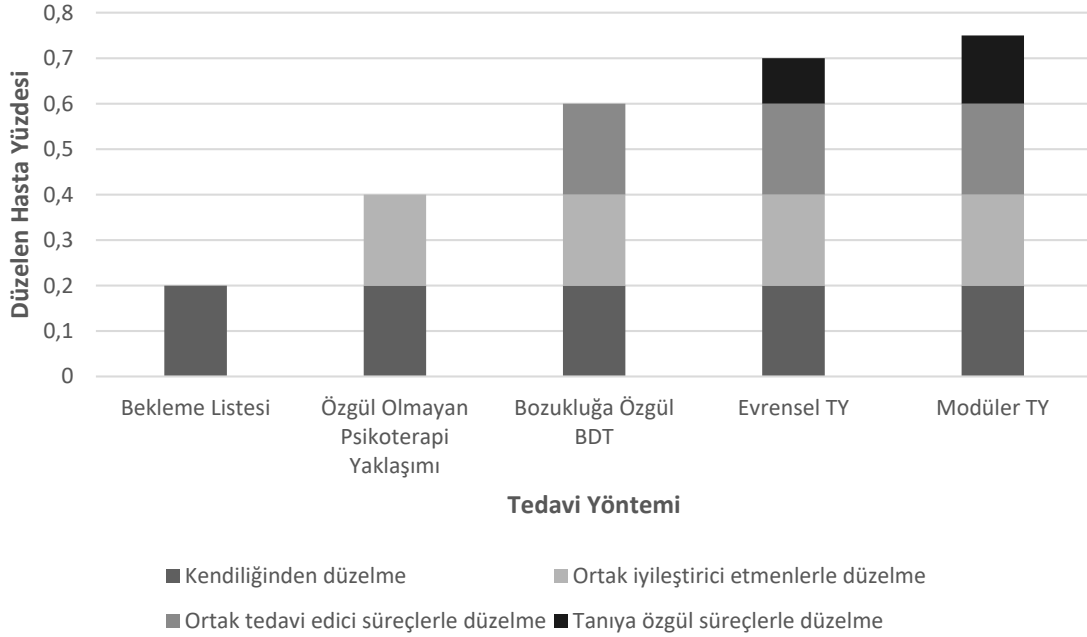


3. **Şekil 1. Kontrol koşulları, bozukluğa özgül BDT ve TY gruplarına göre birincil ruhsal bozukluklarda beklenen düzeltilen hasta yüzdeleri.**

BDT, bilişsel davranışçı terapi; TY, transdiagnostik yaklaşım. Dagleish ve ark. (2020)'dan uyarlanmıştır.

Her iki gruptaki ÖY de kendine göre avantaj ve dezavantajlara sahiptir. ÖY'nin uygulanacağı hastaların veya ÖY'yi uygulayacak olan klinisyenlerin durumlarına göre bu iki gruptaki yaklaşımlardan hangisinin seçimine öncelik verileceği değişebilir. Öte yandan ÖY uygulamaları sonrasında neyin başarılı bir sonuç olarak değerlendirilebileceği de önem kazanmaktadır. Nitekim, bilindiği üzere, psikoterapi uygulamaları sonrasında etkililiğin önemli bir kısmı hastaların iyileşme beklentileri, yapılandırılmış ve programlı halde sürdürülen terapi oturumlarının hastanın yaşamına getirdiği düzen, hasta – terapist arasında bir terapötik bağ ve ilişki kurulması gibi neredeyse tüm psikoterapiler için geçerli olan ortak iyileştirici etmenlere bağlanmaktadır (Norcross ve Wampold 2011).

BDT açısından bakılacak olursa tanısız kategorik karşılığı ne olursa olsun terapistlerin uygulayacakları teknikler bütünü de aslında davranışların sonuçlarına göre şekillendirme, uyarın kontrolü, şekillendirme, kendini yönetme, uyarılmayı azaltma, baş etme ve duygu düzenleme, sorun çözme, alıştırma stratejileri, davranışsal etkinleştirme, kişilerarası iletişim becerileri, bilişsel yeniden değerlendirme, çekirdek inanışların değiştirilmesi, bilişsel defüzyon, kabullenme, değerlerin netleştirilmesi, yargısız farkındalık, krize müdahale gibi kimi ortak tedavi edici süreçlere karşılık gelmektedir (Hayes ve Hofmann 2018). Bozukluğa özgül BDT yaklaşımları işte tam da burada özetlenen ortak iyileştirici etmenler ve ortak tedavi edici süreçlerin ötesinde hastaların başvuru nedenlerine uygun şekilde biçimlendirilmiş bir içerik (taniya özgül süreçler) sunduklarını öne sürmektedirler. ÖY'nin etkinliği gündeme geldiğinde burada sıralanan tüm etmenlerin terapi sonucunun başarılı olmasında ne kadar etkisi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum Dagleish ve arkadaşları tarafından Şekil 1 ve Şekil 2'de gösterilmiştir (Dagleish ve ark. 2020):



**Şekil 2. Kontrol koşulları, bozukluğa özgül BDT ve TY gruplarına göre komorbid ruhsal bozukluklarda beklenen düzelen hasta yüzdeleri.**

BDT, bilişsel davranışçı terapi; TY, transdiyagnostik yaklaşım. Dagleish ve ark. (2020)'dan uyarlanmıştır.

Şekil 1 ve Şekil 2 incelendiğinde, ÖY temelli uygulamaların ne şekilde değerlendirilebileceğine dair şu sonuçlara ulaşılabilir (Dagleish ve ark. 2020):

1. ÖY ile bozukluğa özgül BDT karşılaştırmalarında, ÖY'nin etkinliği birincil ruhsal bozukluklarda muhtemelen daha düşük olacaktır. Komorbid ruhsal bozukluklar göz önüne alındığında ise ÖY'nin daha avantajlı olacağı düşünülse de muhtemelen bu farkın etki büyüklüğü de küçük olacaktır.
2. Karşılaştırmaya dayalı araştırmalar ÖY'nin daha etkin olduğunu gösterebilmek için birincil ruhsal bozuklukların dışında komorbid tanılara da odaklanmalıdır. Ayrıca bozukluğa özgül BDT'den birincil ruhsal bozukluklar açısından daha az etkin olmadıklarını, komorbid ruhsal bozukluklar açısından ise daha etkin olduklarını gösteren araştırma tasarımları üzerinde durulmalıdır.

3. ÖY'nin sadece etkinlik karşılaştırmaları ile değerlendirilmemelidir, eğitim ve yaygınlaştırılma kolaylığı, dolayısıyla tedaviye erişebilmede artış ve sonuç olarak maliyet – etkin bir hizmet sunumu fırsatı yaratması gibi avantajları olduğu da unutulmamalıdır. Bu yönleri de test edecek araştırmalara ihtiyaç vardır.

Özetlenmeye çalışıldığı kadarıyla dahi anlaşılacağı üzere ÖY'nin giderek artan sıklıkta klinik uygulamalara aktarılması ve araştırmalara konu olması güncelliğini korumaktadır.

## **Bütünleşik Protokol**

BP ilk olarak Barlow'un 1988 yılında yazdığı "Anxiety and Its Disorders" (Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları) isimli kitabındaki "The Process of Fear and Anxiety Reduction: Affective Therapy" (Korku ve Anksiyetenin Azaltılma Süreci: Affektif Terapi) başlıklı bölümünde kendisine yer bulmuştur (Barlow 1988). Bahsedilen bölümde Barlow, duygu kuramına dayanan ve geniş bir yelpazedeki duygusal bozuklukların (depresyon ve anksiyete ile ilişkili bozukluklar) tümüne birden hitap etmeyi amaçlayan ötetanısai değişim hedeflerinden bahsediyordu. Bu hedefler arasında eyleme geçme eğilimleri (duygular tarafından yönlendirilen davranışlar), yaşamdaki stresörler üzerinde kontrol kaybı olduğu hissi (nörotisizm) ve olumsuz dikkat yanlılıkları (içsel, duygusal açıdan yüklü ve kendini olumsuz değerlendirmeye odaklı şemalar) sıralanıyordu (Barlow 1988, Kennedy ve Barlow 2018). Ancak o dönemde çok ilgi çekmeyen bu yaklaşım 2004 yılında yayımlanan yeni bir makale ile yeniden gündeme getirildi (Barlow ve ark. 2004). Makalenin yazarları gittikçe sayıca artış gösteren yeni DSM tanıların ışığında, yaklaşık yirmi yıl kadar önce dile getirdikleri fikirlerin esasını teşkil eden ve değişimin altında yatan ortak ilkelere odaklanan bir yaklaşımın gerekliliğini savunuyorlardı (Barlow ve ark. 2004). Böylesi bir yaklaşımın nasıl mümkün olacağına dair araştırmalar neticesinde bugünkü haliyle uygulanan BP geliştirilmiş oldu.

Duygusal bozukluklar için bütünleşik bir yaklaşımın uygulanmasında öne çıkan gerekçeler kabaca dört başlık altında toplanabilir (Kennedy ve Barlow 2018):

1. Duygusal bozukluklar arasında ortak yönler oldukça fazladır. Bu bağlamda hem nörobiyolojik mekanizmaların ortaklığı hem tek bir ruhsal bozukluk için tedavi verilmesi halinde dahi eşhastalıklarda da düzelmelerin görülmesi, hem de yüksek eşhastalanma hızları düşünülmelidir. Öyle ki örneğin birincil bir anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda yaşamları boyunca başka bir anksiyete bozukluğu veya depresif bozukluk tanısı bulunanların oranı %75'i geçkindir (Brown ve ark. 2001). Benzer şekilde panik bozukluğu için BDT alan hastalarda tedavi sonrasında komorbid ruhsal bozukluk tanıların da belirgin şekilde ortadan kalktığı gösterilmiştir (Brown ve ark. 1995). Psikoterapiler dışında da örneğin antidepressan ilaçlara yanıt bağlamında da benzer bir durumun elde edildiği bilinmektedir (Gorman 2007). Nörobiyolojik açıdan düşünülecek olursa, duygusal bozukluklarda limbik yapılarda aşırı uyarılabilirlik ve kortikal yapıların kısıtlı inhibitör kontrolleri (örneğin aşağıdan yukarıya işlemede artış ve amigdalanın kortikal inhibisyonunda disregülasyon ve yüksek nörotisizm düzeyleri) gibi kimi durumların duygusal bozuklukların ortaya çıkışında etkili olduğu çok sayıda araştırma ile gösterilmiştir (Kennedy ve Barlow 2018).
2. Duygusal bozuklukların hiyerarşik bir yapısı vardır. Çok sayıda ve yinelenen çalışma ile duygusal bozuklukların altında yatan (latent) iki mizaç boyutu olduğunu göstermiştir. Bu mizaç boyutları nörotisizm (negatif affekt, davranışsal inhibisyon, duygusal dengesizlik) ve dışadönüklük (pozitif affekt, davranışsal aktivasyon, ekstraversiyon) olarak isimlendirilmiştir (Gray 1982, Clark ve Watson 1991, Brown ve ark. 1998, Barlow 2002). Duygusal bozuklukların hiyerarşinin üst düzeyinde yer alan bu iki çekirdek boyuttan köken aldığı ve nörotisizm ya da dışadönüklüğün farklı düzeylerdeki birlikteliklerinin farklı tanısal görünümlere neden olduğu öne sürülmektedir.
3. Duygusal deneyimlere verilen olumsuz tepkiler de sorunları büyütebilir. Duygusal bozukluğu olan kişiler sadece daha yüksek nörotisizm düzeylerine sahip değillerdir, ayrıca kendi duygusal deneyimlerine de daha olumsuz tepkiler verirler, bunları kabullenmekte daha fazla zorlanırlar ve bu deneyimlerini değiştirmek için çaba harcarlar (Kennedy ve Barlow 2018). Duyguların burada özetlendiği şekilde olumsuz olarak yorumlanması panik bozukluğu başta olmak üzere, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğunda da görülebilir (Rachman ve da Silva 1978, Clark 1986, Newman ve Llera 2011, Barlow ve ark. 2014).
4. Duygusal bozuklukların ortaya çıkmasında sürmesinde rol oynayan ötetanısai süreçler vardır. Bu süreçler içerisinde yaşantısai kaçınma, anksiyete duyarlılığı, yeterli yargısız farkındalığın olmaması, özellikle kontrol edilemezlik hissiyle ilişkili olumsuz değerlendirme ve atıflar, duyguları baskılama,

yineleyici olumsuz düşünme (ruminasyon) sayılabilir (Beck 1976, Kabat-Zinn 1982, Wegner ve ark. 1987, Nolen-Hoeksema 1991, Reiss 1991, Hayes ve ark. 1996). BP, tüm bu ötetanısal süreçleri kapsayacak tedavi hedefleri içermektedir. Örneğin artmış anksiyete duyarlılığı için interoseptif alıştırtma, yaşantısal kaçınma için duygular tarafından yönlendirilen davranışlar ve duygusal kaçınmanın önüne geçilmesi gibi hedef odaklı yaklaşım mümkündür (Kennedy ve Barlow 2018).

Bu gerekçeler göz önünde bulundurularak BP ilk defa 2011 yılında bir tedavi kılavuzu halinde hazırlanmıştır (Barlow ve ark. 2011). Daha sonra da 2018 yılında bu kılavuz güncellenmiştir (Barlow ve ark. 2018). Araştırmacılar, kılavuzları hem terapistlere rehberlik etmek üzere hem de hastaların terapileri sırasında kullanabilecekleri birer alıştırtma kitabı olarak tasarlamışlardır. Böylelikle her bir oturum için terapistin elinde standardize edilmiş bir içerik ve gündem maddeleri ve teknikler bütünü yer alırken hastaların da bu oturumlara paralel şekilde ilerleyen ve sürecin önemli kısımlarını vurgulayan ve ev ödevleri için alıştırtmalar içeren bir yardımcı kaynak ellerinin altında hazır bulunmaktadır. Böyle bir organizasyon, klinik uygulamaya yeni başlayan terapistler için kolaylaştırıcı bir rol üstlendiği gibi tüm terapi görüşmelerinin aynı standartlarda olmasını da garanti altına almaktadır. BP'de temel amaç hastaların duygularını tanımaları ve olumsuz nitelikteki duygularına daha işlevsel tepkiler vermelerini sağlamaktır. Bu doğrultuda BP sekiz modülden oluşur (Tablo 1).

No	Modülün Adı	Süre	Tür
1	Hedef belirleme ve motivasyonu sağlama	1 oturum	Ek
2	Duyguları anlama	1 – 2 oturum	Ek
3	Duyguları yargılamadan fark etme	1 – 2 oturum	Zorunlu
4	Bilişsel esneklik	1 – 2 oturum	Zorunlu
5	Duygular tarafından yönlendirilen davranışlara karşı çıkma	1 – 2 oturum	Zorunlu
6	Bedensel duyuları anlama ve onlarla yüzleşme	1 oturum	Zorunlu
7	Duygulara alıştırtma	4 – 6 oturum	Zorunlu
8	Başarıları fark etme ve geleceğe bakış	1 oturum	Ek

Modüller genellikle haftada bir sıklıkta, her biri 50 – 60 dakika süren bireysel görüşmeler ile toplam 11 – 17 hafta içerisinde tamamlanabilir. Gereklilik olması halinde modüllere ayrılan oturum sayılarında veya oturumların sıklığında değişiklik yapılabilir. Aşağıda her bir modül hakkında özet bilgiler yer almaktadır (Barlow ve ark. 2018, Kennedy ve Barlow 2018):

**Modül 1 – Hedef Belirleme ve Motivasyonu Sağlama:** Bu modülde motivasyonel görüşme tekniklerinden faydalanılarak kişilerin kendilerinde bir değişim sağlayabileceklerinin farkındalığı ortaya çıkarılır. Modülün birinci amacı tedavi süresince kişilerin katılımını mümkün olduğunca desteklemek ve gerektiğinde yeniden motivasyonu artırmaya dönük tekniklere geri dönmektir. Modüldeki ikinci amaç ise tedaviden beklenen sonuçlar için somut hedefler belirlemektir. Bu iki amaç doğrultusunda bu modülde başvuru temel teknikler karar verme dengesi ve tedavi hedefi belirleme egzersizleridir.

**Modül 2 – Duyguları Anlama:** Bu modülde kişilere duygular (anksiyete, öfke, üzüntü, korku, vb.) ve işlevleri (etrafta olup bitenler hakkında bilgi sağlayıp kişinin ona uygun eylemleri uygulaması için uyuma dönük bir rol) hakkında psikoeğitim verilir. Psikoeğitim duyguların bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bileşenlerini ve bu bileşenlerin birbirleriyle olan etkileşimi üzerinde yoğunlaşır. Böylelikle temel BDT tekniklerinden faydalanılarak ve kişinin kendi deneyimlerinden yola çıkarak duyguların daha iyi anlaşılabilmesi hedeflenir. BP bu amaçla Öncül – Tepki – Sonuç (ÖTS) kavramsallaştırmasından faydalanır. Öncüller, duyguların ortaya çıkmasıyla ilişkili tetikleyici durum ve olaylar; tepkiler, ortaya çıkan duyguların bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bileşenleri; sonuçlar ise duygusal tepkilerin kısa ve uzun vadeli etkileri olarak kavramsallaştırılır. Bu süreçte terapist özellikle olumsuz pekiştirmenin bu rahatsız edici duyguların süregitmesinde ne şekilde etkisi olduğunu vurgulayarak sonraki modüllerde yapılacak olan alıştırtmalar için de zemini oluşturmuş olur.

**Modül 3 – Duyguları Yargılamadan Fark Etme:** Bu modül kişilerin duygusal deneyimlerine nesnel, şimdiki ana odaklı ve yargılamadan uzak bir bakış açısı geliştirebilmeleri için BP'de yer alır. Kişilerin duygularının ortaya çıkmasında etkili olan etmenleri fark etmeleri amaçlanır. Bu doğrultuda kişilere kendi deneyimlerinden yola çıkarak birincil duygular ve bu duygulara verilen tepkileri birbirlerinden ayırt etmeleri, özellikle de verdikleri tepkilerdeki öznel, yargılayıcı ve olumsuz yanlılığı olan değerlendirmelerini fark etmeleri öğretilmeye çalışılır.

**Modül 4 – Bilişsel Esneklik:** Bu modül temel BDT yaklaşımlarından köken alır ve kişilerin durumları yanlı değerlendirmelerinin nasıl olup da duygusal tepkilerini etkilediği gösterilir. Geleneksel BDT yaklaşımlarında olduğu gibi BP'de de bilişsel çarpıtmalar (düşünme hataları) ele alınarak durumları daha esnek ve farklı açıklamalara imkân verecek bir şekilde yeniden değerlendirme yolları gösterilir. BP özellikle felaketleştirme

(olabileceklerin en kötü sonuçlarının gerçekleşeceğine inanma) ve olasılığı abartma (olabileceklerin gerçekte olabileceğinden çok daha yüksek bir ihtimalle gerçekleşeceğine inanma) türü bilişsel çarpıtmalar üzerinde durur.

**Modül 5 – Duygular Tarafından Yönlendirilen Davranışlara Karşı Çıkma:** Bu modülde duygulardan kaçınmak için bulunan stratejilerin kişileri sıkıntılı hissettiren durumlarda kişilerin tam olarak olumsuz duygularını yaşayıp bunun sonuçlarının ne olacağını görmelerine engel olduğu işlenir. Ayrıca olumsuz beklentilerin doğrulanmadığı görülemeyeceğinden duygusal tepki olarak ortaya çıkan anksiyetenin de söneceğinin anlaşılacağı vurgulanır. Bu modülde ele alınan bir diğer konu da kişilerin uyuma dönük duygu düzenleme becerilerini öğrenmeleridir. Bütün bu içerik doğrultusunda modül içerisinde duygusal kaçınma (örtük davranışsal kaçınma, bilişsel kaçınma, güvence işaretleri) ve duygular tarafından yönlendirilen davranışların (eyleme geçme eğilimi) nasıl farkına varılıp değiştirileceği üzerinde çalışılır.

**Modül 6 – Bedensel Duyumları Anlama ve Onlarla Yüzleşme:** Bu modül bedensel duyuların farkına varma ve onlara dayanabilme üzerinedir. Bu amaçla bedensel duyuları ortaya çıkaran (interoseptif) alıştırmalardan (örneğin hiperventilasyon, sandalyeyi hızlıca döndürme, yerinde koşma) faydalanılır. Tekrarlanan alıştırmalar sonrasındaki amaç kişinin bedensel duyuların zararlı olduğu inancını sarsmaktır.

**Modül 7 – Duygulara Alıştırma:** Bu modül BP'nin en fazla vakit ayrılan modülüdür. Burada amaç hem oturumlar sırasında hem de oturumların arasında kişiye özgül olarak hazırlanmış duygulara dönük alıştırmaları gerçekleştirme fırsatı vermektir. Bu alıştırmalar sırasında dikkat edilmesi gereken nokta, alıştırmaların durumlara değil o durumlarda ortaya çıkan olumsuz duygulara dönük olmasıdır. Bireysel ihtiyaçlara göre alıştırmalar çeşitli şekillerde olabilir. Alıştırmalara örnek olarak depresif belirtiler için üzücü bir film izlemek, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri için geçmişteki travmatik bir deneyimi hatırlamak, özgül fobi belirtileri için asansörle birkaç kat yukarı çıkmak verilebilir. Bu modülde bir önceki modülde saptanmış olan ve bedensel duyuları tetiklediği fark edilen içsel ipuçlarından da faydalanılır. Duygulara alıştırmaların nihai hedefi durumların ne denli tehlikeli olduğuna dair değerlendirmelerin daha uyuma dönük olanlarıyla değiştirilmesi, duygusal kaçınmanın önüne geçilmesi, duygular tarafından yönlendirilen davranışların yerine başkalarının konması ve yoğun duygusal tepkilere verilen anksiyete tepkisinin söndürülmesidir.

**Modül 8 – Başarıları Fark Etme ve Geleceğe Bakış:** Son oturumda bütün terapi süreci boyunca konuşulan tedavinin ana hatları ve kişinin ilerleme düzeyi ele alınır. Eğer yeterli ilerleme sağlanamamışsa bunun olası nedenleri araştırılır. Ayrıca yaşamın doğası gereği kaçınılmaz olarak yeniden karşılaşılabilecek zorlu durumlarla bu öğrenilen becerilerin kullanılarak nasıl baş edilebileceği üzerinde konuşularak bir tür yineleme önleme stratejisi oluşturulur.

<b>Tablo 2. Bütünleşik Protokol modüllerinin içeriği</b>			
<b>No</b>	<b>İçerik Özeti</b>	<b>Temel Amaç</b>	<b>Anahtar Tema</b>
1	Motivasyon	Tedavi motivasyonunu artırmak Somut hedefler belirlemek	Karar verme dengesi Tedavi hedefi belirleme
2	Psikoeğitim	Duygular ve işlevleri hakkında bilgilendirme Duyguların tetikleyicileri, duyguların bileşenleri ve duygusal tepkilerin etkileri Olumsuz pekiştirmenin rolü	Öncül – Tepki – Sonuç (ÖTS) kavramsallaştırması
3	Yargısız farkındalık	Duygusal deneyimleri yargılamadan fark etme Duygusal tepkilerdeki yanlılığı anlama	Birincil duygular Duygulara verilen tepkiler
4	Bilişsel müdahaleler	Bilişsel çarpıtmaları anlama ve yanlı değerlendirmeleri değiştirme	Felaketleştirme Olasılığı abartma
5	Kaçınmalar	Kaçınmalar ve etkilerinin fark edilmesi	Duygusal kaçınma Duygular tarafından yönlendirilen davranışlar
6	Bedensel duyular	Bedensel duyulara dayanabilme	İnteroseptif alıştırmalar
7	Alıştırma	Tehlikelilik algısının değiştirilmesi Duygusal kaçınmanın önlenmesi Duygusal tepkilerin anksiyete yaratmayacak şekilde değiştirilmesi	Alıştırmalar İçsel ipuçları
8	Yineleme önleme	Yinelemeyi önleme stratejilerinin öğretilmesi	Tedavinin ana hatları İlerleme düzeyi

BP'nin her bir modülü hedefleri ve bu hedeflere dönük tedavi yaklaşımları son derece net bir şekilde belirlenmiş bir yaklaşıma imkân verir. Bu nedenle BP'nin uygulamaya geçirilmesinden önce detaylı bir değerlendirme, olgu

kavramsallaştırması ve tedavi planı ortaya çıkarma gereği vardır. Boettcher ve Conklin bu konuda kapsamlı bir rehber hazırlamıştır (Boettcher ve Conkin 2018):

1. Duygusal bozuklukların niteliklerinin ne olduğu hastayla paylaşılır ve hastanın da kendi yaşantılarını paylaşması sonrasında bunların tanımlanan duygusal bozukluklarla ne oranda örtüştüğü tespit edilir. Duygusal bozukluklar hastaya anlatılırken üzerinde durulan bazı temel noktalar şunları içermelidir:
  - a. Kimi insanlar bazı duyguları toplumun ortalamasına göre daha sık ve yoğun şekilde hissederler. Duyguların sıklık ve yoğunluğu bir yelpaze üzerinde gibi düşünülebilir. Kimi insanlar bu yelpazenin bir ucunda yer alırken kimileri tam diğer tarafta yer alabilirler. Hastaya kendisini bu yelpazenin neresinde gördüğü sorulmalıdır.
  - b. Duyguların yaşanma sıklığı ve şiddeti kadar kişilerin duygularına verdikleri tepkiler de önemlidir. Kimi insanlar hissettikleri kimi duyguları kötü, tehlikeli, kalıcı, sıkıntı verici, vb. olarak değerlendirir ve kendilerini bu tür duygular yaşadığı için eleştirip suçlayabilirler. Hastanın hiç bu şekilde davranıp davranmadığı ya da duygularını bu şekilde değerlendirip değerlendirmedeği araştırılmalıdır.
  - c. Olumsuz duyguların sürmesindeki temel nedenlerden biri bu duygulara dayanmak ya da onları kabullenmek yerine onları baskılamaya veya onlardan kaçmaya çalışmaktır. Hastaya duygulardan kaçmanın değişik yollarına dair örnekler verildikten sonra kendisinin bu tür başa çıkma yollarından hangilerine başvurduğu not edilmelidir.
2. Hastanın dile getirdiği rahatsız edici duyguların her birinin şiddeti, sıklığı, ne kadar süre devam ettiği, karşılaştıkları zorluklara kıyasla ne kadar baş edilmez oldukları gibi detayları kaydedilir.
3. Duygularını ne kadar istenmez, kötü ya da rahatsız edici buldukları sorulur. Bu aşamada duyguların tüm bileşenleri (düşünceler, bedensel duyular, vb.) de aynı açıdan değerlendirilebilir.
4. Bütün tedavi süreci boyunca kişilerin duyguları hakkında dile getirdikleri yargılara karşı uyanık olunur. Bunları fark etmek ve gerektiğinde müdahale edebilmek tedavinin parçalarından biridir.

**Tablo 3. Duygusal deneyimlere verilen rahatsız edici tepkilere örnekler**

Tanı	Durum	Tepki
Depresif Bozukluk	Sabah kendini kötü hissederek uyanmak	<i>"Bütün günüm berbat geçecek." "Hayatımda hiçbir şey ters gitmiyorken böyle hissediyor olmam anlaşılır değil." "Kendimi tam olarak iyi hissetmemeyi kabul edemem."</i>
Sınav Kaygısı	Sınav öncesi kaygılanmak	<i>"Eğer kaygılanmaya devam edersem kendimi sınavı veremem ve kötü bir not alırım." "Böyle önemsiz konularda bile niye bu kadar endişelenip duruyorum ki?"</i>
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	Topluluk önünde konuşma yapmadan önce titremek	<i>"Herkes ne kadar kaygılı olduğumu fark edecek." "Basit bir konuşmayı bile yapamayacaksam nasıl olur da terfi ettirilirim?"</i>
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Çocuğuna zarar verme düşüncesinin aklına gelmesi	<i>"Yalnızca bir canı bu şekilde şeyleri düşünebilir." "Ben nasıl bir ebeveynim?"</i>
Panik Bozukluğu	Kalabalık bir otobüse binerken çarpıntı hissetmek	<i>"Kalbim biraz daha hızlı atarsa hemen otobüsten inmeliyim." "Panik atakları yaşadığım için ne kadar zayıf biriyim. Şimdiye kadar bundan kurtulmuş olmam lazımdı."</i>
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu	Partnerin terk edeceği korkusu	<i>"Tek başıma ayakta kalamam."</i>

Boettcher ve Conklin (2018)'den uyarlanmıştır.

5. Kişilerin rahatsız edici olarak tanımladıklarının gerçekten içinde buldukları durumlar mı, yoksa o durumlarda ortaya çıkan duygusal tepkileri mi olduğu netleştirilir. Bu ayrımı yapabilmek tedavinin önemli noktalarından biridir. Tablo 3'te kimi duygusal deneyimlere verilen rahatsız edici tepkilere örnekler verilmiştir.
6. Kişilerin duygularını rahatsız edici bulmadıkları dönemler de tespit edilmelidir. Zira bu dönemler aslında kişilerin duygularına dayanabildiklerini, duygularının geçici olduğunu bildiklerini ve içinde buldukları koşullar göz önünde bulundurulduğunda anlaşılır olduklarını düşündüklerini



göstermektedir. Tedavide ulaşılması hedeflerden biri de zaten diğer olumsuz duygusal deneyimler karşısında da bunu gerçekleştirebilmeleridir.

7. Kimi kişiler olumlu duygusal deneyimlerini de rahatsız edici bulabilirler. Örneğin şu anda iyi hissediyor olmaları, bunu kaybedecekleri bir anın geleceği korkusuyla rahatsızlık verebilir. Bu durum da gözden kaçırılmamalıdır.
8. Kişilerin duygularına gösterdikleri rahatsız edici tepkilerin onları ne şekilde etkilediğine odaklanılmalıdır. Böylelikle bu tür tepkilerin duyguların devam etmesindeki rolünün anlaşılması hedeflenir.
9. Kişilerin kaçınmayla ilişkili baş etme stratejileri sorgulanmalıdır. Bu baş etme stratejilerinin açık davranışsal kaçınma (örneğin agorafobi nedeniyle otobüsle seyahat etmeme), kaçma (örneğin sosyal kaygı uyandıran bir durumda ortamı terk etme), örtük davranışsal kaçınma (örneğin kafein tüketimini azaltma), bilişsel kaçınma (örneğin dikkati dağıtma) ya da güvence işaretlerini kullanma (örneğin yanında her zaman kimi ilaçları bulundurma) şeklinde olabileceği unutulmamalıdır. Tablo 4, kimi duygusal kaçınma örnekleri içermektedir.

<b>Tablo 4. Duygusal kaçınmaya örnekler</b>	
<b>Duygusal tepki</b>	<b>Kaçınma davranışı</b>
Endişe	Mükemmeliyetçilik Ertelemecilik Olumsuz sonuçlanabilecek durumlardan kaçınma Gelecek için aşırı detaylı hazırlıklar yapma Güvenliklerinden emin olmak için yakınlarını sık sık arama
Toplumsal durumlarla ilişkili anksiyete	Göz temasından kaçınma Katıldığı partiden erken ayrılma Toplantılara katılmama Kendi görüşlerini dile getirmekten kaçınma
Bedensel duyumlar	Sakinleştirici ilaç kullanma Kafeinden uzak durma Egzersiz yapmama Yanında sürekli su bulundurma
Kaçamayacağı korkusu	Rahatsız hissettiğinde metrodan inme Çıkışa yakın yerlere oturma Trafikte sıkışıp kalmamak için arka yolları kullanma Asansöre binmeme
Beden görünümü	Aldığı kalori miktarını kısıtlama Fotoğraflarını ortadan kaldırma Aşırı miktarda egzersiz yapma Yediklerini çıkarma
Terk edilme korkusu	Partnerinin nerede olduğunu sık sık telefon ederek kontrol etme İlişkilerini erkenden sonlandırma Terk edilmeyeceğine dair güvence peşinde koşma Terk edilirse kendine zarar vereceğini söyleme
Üzüntü	Uyuma Televizyon izleme Tıknırcasına yeme Alkol kullanma Kendine zarar verme
Öfke	Katılmadığını söylememe Ortamı terk etme Rahatsız olacağı ortamlara girmeden alkol alma Rahatsız olduğu davranışları dile getirmeme
Suçluluk	Başkalarını suçlama Suçlu hissettiği bir konu konuşulursa konuyu değiştirme
Utanç	Hata yaptığı kişilerle görüşmeme Utanç duyduğu konu gündeme gelirse başka konuya geçme

Boettcher ve Conklin (2018)'den uyarlanmıştır.

10. Her tür kaçınmayla ilişkili baş etme stratejisinin ilk oturumdaki olgu kavramsallaştırmasında tespit edilmesi şart değildir. Gerekli oldukça terapi ilerledikçe veya hastadan yeni bilgiler alındıkça buradaki eksiklikler güncellenebilir. Ayrıca bu baş etme yollarında duygunun farklı bileşenlerinin öne

çıkabileceğine de dikkat edilmelidir. Örneğin bir obsesif kompulsif bozukluk hastası dini inancına küfreden intruzif düşünceleri nedeniyle ibadet etmekten kaçınabilirken bir panik bozukluğu hastası kalp hızında artmaya neden olduğu için koşmaktan vazgeçebilir.

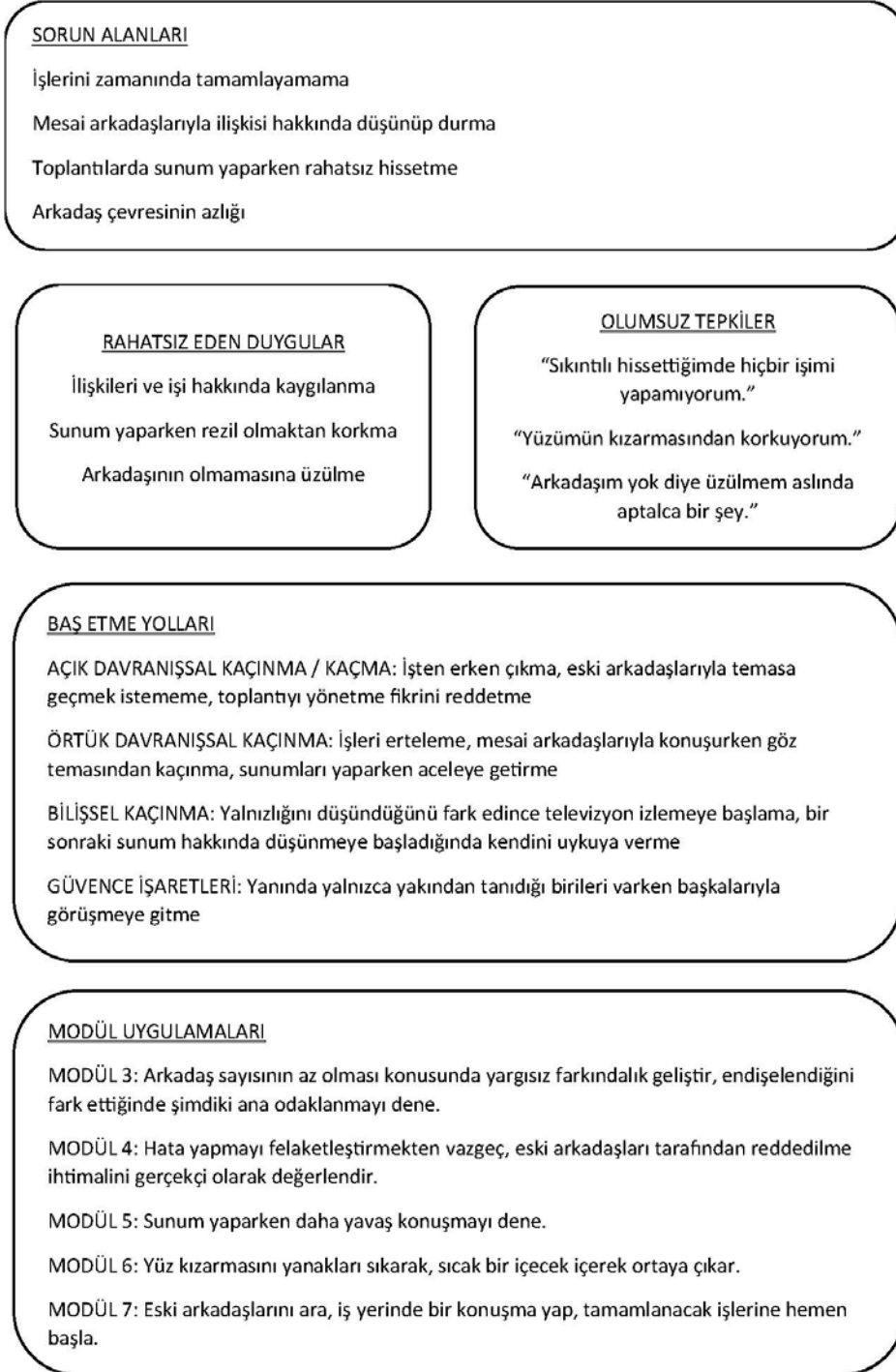
11. Bütün değerlendirmelerde kişilerin sosyokültürel düzeyleriyle uyumlu bir yaklaşım gereklidir. Kültürel çeşitliliklerin hem verilen duygusal tepkilerde hem de onlara verilen kaçınmayla ilişkili baş etme yollarında farklılıklara neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Gerektiğinde hastaya uygun adaptasyonlara gidilmelidir. BP, kültürel farklılıklara büyük önem verir ve bu nedenle karşılaşılabilecek sorunlar için de detaylı bir yaklaşım sunmaktadır (Ametaj ve ark. 2018).
12. BP, değerlendirmenin tek bir oturumla sınırlı tutulmamasını ve gerekli oldukça diğer modüllerde de değerlendirmeye devam edilmesini savunur. Özellikle psikoeğitim, yargısız farkındalık, bilişsel müdahale ve kaçınma modülleri değerlendirme oturumları sırasında eksik kalan noktaların saptanıp pekiştirmenin yapılabileceği oturumlardır.
13. Terapi süresince özellikle depresyon ve anksiyete düzeylerinin de haftalık olarak takip edilmesi önerilir. Böylelikle tedavinin gidişatı konusunda da fikir elde edilebilir.
14. BP, duygusal bozuklukların değerlendirmesi sırasında standardize edilmiş sorular aracılığıyla olgu kavramsallaştırmasının da terapistten terapistte değişkenlik göstermemesini amaçlar. Standart soruların bazılarını Tablo 5'te yer verilmiştir.

<b>Tablo 5. Duygusal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılabilecek sorular</b>	
Olumsuz duyguların sıklık ve şiddeti	Diğer kişilere göre kendinizi daha üzgün/kaygılı/öfkeli hissediyor musunuz? Sizi üzen, kaygılandırıran ya da öfkeliyen şeyler hakkında düşünüp durmanın üstesinden gelmekte zorlanıyor musunuz? Kendisini endişeli biri olarak görür müsünüz? Öfkenizi kontrol etmekte zorlanıyor musunuz? Etrafınızdaki diğer kişiler başınıza gelen bir olayda size duygularınızın başkalarına göre daha şiddetli olduğunu söylerler mi? Bir şeye canınız sıkıldığında sakinleşmeniz diğer kişilere göre daha fazla zaman gerektirir mi? Sizce duygularınızı başkalarına göre daha yoğun mu yaşıyorsunuz?
Rahatsız eden duygulara karşı olumsuz tepkiler ya da inanışlar	Belirli duyguları hissettiğiniz için kendinize kızdığınız, kendinizi eleştirdiğiniz olur mu? Duygularınızın mantıklı bir açıklaması olmadığını düşünüp kendinize kızıyor musunuz? Kendinizi gergin hissettiğinizi fark ettiğinizde bunun giderek daha da kötüleşeceği konusunda kaygılanıyor musunuz? Kendinizi üzgün hissettiğinizde bunun bütün gününüzü mahvedeceğine inanıyor musunuz? Olumsuz duygularınızdan tamamen kurtulmayı istediğiniz olur mu? Düşünce, duygu ya da belirtilerinizin herhangi bir kısmını korkutucu bulduğunuz olur mu? Kimi zaman duygularınızın kontrolünün sizde olmadığını düşünür müsünüz?
Duyguları kontrol altına almak ya da değiştirmek için kaçınma davranışları	Sizi kaygılandırıran işleri yapmaktan vazgeçtiğiniz ya da onları ertelediğiniz olur mu? Rahatsız hissedeceğinizi düşündüğünüz için kimi durumları yaşamaktan kaçınıyor musunuz? Kendinizi kötü hissettiğiniz anlarda işlerinizi yapmayı bırakıyor musunuz? Sizi rahatsız eden şeyleri düşünmemeye çalışıyor musunuz? Sizi rahatsız eden duygularınızla baş etmek için dikkatinizi başka yönlere çeker misiniz? Yapmak istediğiniz ama yaparsanız kendinizi kaygılı/üzüntülü/öfkeli hissedeceğiniz için yapmadığınız şeyler var mı? Olumsuz duygularınızdan kurtulmak için yaptığınız bir şeyler var mı? Kimi duyguları yaşamamak için yaptığınız bir şeyler var mı?
Boettcher ve Conklin (2018)'den uyarlanmıştır.	

15. Değerlendirme için gerekli bilgiler edinildikten sonra hastayla beraber tedavinin planlanabilmesi için bu bilgilerin BP'ye uygun bir olgu kavramsallaştırması içerisinde sunulması faydalı olacaktır. Bu amaçla her bir olgunun özelinde şu beş başlığın yer aldığı bir formdan faydalanılabilir:
  - a. Başvuru anındaki sorun alanları: Hastanın tedavi arayışı içerisinde olduğu soru alanları sıralanır.
  - b. Rahatsızlık uyandıran duygular: Değerlendirme aşamasındaki sorulardan yola çıkarak hasta için sıklık ve şiddet açısından rahatsızlık veren duyguları saptanır.
  - c. Duygulara gösterilen olumsuz tepkiler: Değerlendirme aşamasında ortaya çıkarılan ve duygulara gösterilen olumsuz tepkiler ya da duygular hakkındaki olumsuz inanışlar listelenir

- d. Kaçınmayla ilişkili baş etme yolları: Değerlendirme sırasında belirlenen ve duygusal kaçınmanın her türüne yer veren baş etme stratejilerine yer verilir.
- e. Modüllerin uygulamadaki yerleri: Modüllerin içerikleri ve odak noktaları göz önünde bulundurularak hastanın sorun alanlarına dönük olarak bunlardan nasıl faydalanabileceğine dair bir yol haritası çıkarılır.

Şekil 3'de BP'ye özgül olgu kavramsallaştırması örneği yer almaktadır.



**Şekil 3. Bütünleşik Protokol'e göre bir olgu kavramsallaştırması örneği** (Boettcher ve Conkin (2018))

## Bütünleşik Protokolle İlgili Çalışmalar

BP ile ilgili araştırmaların sıklığında son dönemde belirgin bir artış söz konusudur. Alanyazında “Unified Protocol” anahtar sözcükleriyle PubMed temelli bir arama yapıldığında Nisan 2020 başı itibarıyla 170 yayına rastlanmaktadır. Bu yayınların %80’den fazlası son on yılda, %60’tan fazlası ise son beş yılda yayımlanmıştır. 2019 yılından itibaren yayımlanan yayın sayısı ise tüm yayınların beşte birine karşılık gelmektedir. BP ile ilgili olarak yapılan araştırmaların bir kısmı şu başlıklar altında toplanabilir:

1. Etkinlik çalışmaları: BP’nin birincil depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında ve komorbid tablolarla etkin olduğu (Farchione ve ark. 2012, Maia ve ark. 2013, Carl ve ark. 2014, de Ornelas Maia ve ark. 2015, Ito ve ark. 2016, Varkovitzky ve ark. 2018, Sauer-Zavala ve ark. 2020), etkinliğinin uzun dönemde de korunduğu (Bullis ve ark. 2014), yaşam kalitesini artırdığı (Gallagher ve ark. 2013, de Ornelas Maia ve ark. 2017) gösterilmiştir. Nitekim yakın tarihli bir metaanalizde de BP’nin duygusal bozukluklarda etkin olduğu, bozuklukların şiddetindeki azalmanın büyük etki büyüklüğüne, duygu düzenleme becerilerindeki değişimin ise orta etki büyüklüğüne karşılık geldiği ifade edilmektedir (Sakiris ve Berle 2019).
2. Karşılaştırma çalışmaları: Tek bir taniye dayalı protokollerle karşılaştırıldığında BP’nin de en az onlar kadar etkili olabileceği gösterilmiştir (Barlow ve ark. 2017, Cassiello-Robbins ve ark. 2018, Steele ve ark. 2018).
3. Etki yoluna dair çalışmalar: BP’nin ne şekilde etki gösterdiğine dair yapılan çalışmalarda olumsuz duyguların sıklığının ve kişilerin bu duygularıyla kurdukları ilişkinin rolü (Sauer-Zavala ve ark. 2012), duygu düzenleme becerilerini geliştirmenin düzelmede aracı rolü olabileceği (Khakpoor ve ark. 2019), hastaların güçlü yönleri ve gereksinimleri dikkate alınarak modüllerin uygulanma sırasının değiştirilebileceği (Sauer-Zavala ve ark. 2019), her bir modülün kendisinden beklenen becerileri kazandırmada etkili olduğu, özellikle psikoeğitim ve duygular tarafından yönlendirilen davranışlara karşı çıkmanın daha geniş etki alanının olabileceği (Sauer-Zavala ve ark. 2017b) bildirilmiştir.
4. Farklı tanı gruplarındaki çalışmalar: BP’nin asıl hedef olarak belirlediği duygusal bozukluklar dışında beden dismorfik bozukluğu (Mohajerin ve ark. 2019), bipolar bozukluk (Ellard ve ark. 2012, Ellard ve ark. 2017), kendine zarar verme ve özkıyım davranışları (Bentley 2017, Bentley ve ark. 2017), organ ve doku nakli hastalarının psikolojik gereksinimleri (Fidel ve ark. 2015), fonksiyonel bağırsak hastalıkları (Mohsenabadi ve ark. 2018), kişilik bozuklukları ve mizaç (Carl ve ark. 2014, Osma ve ark. 2018) gibi farklı tanı kategorilerinde de kullanılabileceğine dair yayınlar mevcuttur.
5. Farklı yaş gruplarındaki çalışmalar: BP geliştirilen ayrı bir uygulama kılavuzu ve çalışma kitapçığı ile çocuk ve ergen yaş grubunda da başarıyla uygulanabilmektedir (Ehrenreich ve ark. 2009, Trostper ve ark. 2009, Allen ve ark. 2012, Girio-Herrera ve Ehrenreich-May 2014, Ehrenreich-May ve ark. 2017, Bentley ve ark. 2018, Eckhardt ve ark. 2019, Hawks ve ark. 2019, Kennedy ve ark. 2019).
6. Farklı uygulama yolu çalışmaları: BP yüz yüze ve bire bir görüşmeler dışında internet üzerinden (Tulbure ve ark. 2018) ve grup formatında (Maia ve ark. 2013, Bullis ve ark. 2015, de Ornelas Maia ve ark. 2015, Laposa ve ark. 2017, Reinholt ve ark. 2017, De Paul ve Caver 2021) da uygulanabilir.
7. Farklı kültürlerdeki çalışmalar: BP’nin farklı kültürlerde uygulanabileceğine dair yayınlar mevcuttur (Ito ve ark. 2016, Mohammadi ve ark. 2019).

BP modülleri incelendiğinde içeriklerinde diğer ÖY’lerden çok sayıda bileşeni kendisine entegre ettiği görülmektedir. Örneğin metakognitif terapinin ön plana çıkardığı içsel yaşantıların kendisinden ziyade onlarla kurulan ilişkinin önemli olduğu ve dolayısıyla terapide bu kısmın değiştirilmesine ağırlık verilmesi gerektiği (Wells 2011), duygusal şema terapisinin duygusal şemaların psikopatolojinin sürmesi konusundaki rolüne yaptığı vurgu (Leahy 2015), diyalektik davranış terapisinde duygu düzenleme becerilerine yer verilmesi (Linehan 2014) ya da kabul ve kararlılık terapisinin hayatın her alanında yargısız farkındalığın iyileştirici etkisi konusunda dile getirdikleri (Hayes ve ark. 2011) geleneksel bir BDT çerçevesi içerisine dahil edilerek farklı sorunları için farklı yaklaşımlara ihtiyaç duyabilecek hastaların faydalanmasına imkân yaratılmıştır. Bu kadar geniş bir yelpazede hastaların değerlendirilmesi gerek klinik uygulamada gerekse araştırmalarda çok sayıda ölçeğe ihtiyaç duyulmasına neden olabilir. Bunun yaratacağı zorluğun üstesinden gelmek için ötetanısıl süreçlerin en azından bir kısmını topluca içeren ölçeklerin değerlendirme aşamasında kullanılması yardımcı olabilir. Bu tip ölçekler arasında Çok Boyutlu Duygusal Bozukluk Ölçeği (Rossellini ve ark. 2015), Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği (Patel ve ark. 2015, Oğuz ve Batmaz 2020) ya da Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (Gündüz ve ark. 2019, Nordahl ve Wells 2019) sayılabilir. Stanton ve arkadaşlarının ÖY’de psikopatolojinin değerlendirilmesinde

kullanılabilecek ölçeklere dair önerilerini içeren makalelerine de bu amaçla başvurulabilir (Stanton ve ark. 2020).

## Sonuç

ÖY son dönemde daha fazla klinisyen ve araştırmacının ilgi alanına giren bir tedavi şeklidir. Psikopatolojik tabloların ayrı birer tanı kategorisi olarak ele alınmasındansa altlarında yatan ortak süreçlere odaklanmanın getireceği avantajlar ÖY'nin yaygınlaşmasındaki ana etmenddir. ÖY temelli BDT seçeneklerinden biri olarak BP belki de bu alanda en fazla bilinirliğe sahiptir. Türkçe alanyazında bu seçeneğe yer veren bir derlemenin alanın ilerlediği yön konusunda fikir verebileceği düşünülmüştür. Bu nedenle bu derlemede hem genel olarak ÖY'den hem de özgün bir örnek olarak BP'den bahsedilmiştir. BP konusundaki gelişmelere Türkiye'den ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve çalışanlarının da katkı yapması ümit edilmektedir.

## Kaynaklar

- Allen LB, Tsao JC, Seidman LC, Ehrenreich-May J, Zeltzer LK (2012) A unified, transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. *Cogn Behav Pract*, 19:56-67.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-5®). Arlington, American Psychiatric Pub.
- Ametaj AA, Sarver NW, Anakwenze O, Ito M, Rattner-Castro M, Potluri S (2018) Cross-cultural applications of the Unified Protocol: Examples from Japan and Colombia. In *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. (Eds DH Barlow, TJ Farchione):268-290. New York, Oxford University Press.
- Andersen P, Toner P, Bland M, McMillan D (2016) Effectiveness of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*, 44:673-690.
- Barlow DH (1988) *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York, Guilford Press.
- Barlow DH (2002) *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* 2nd ed. New York, Guilford Press.
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML (2004) Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*, 35:205-230.
- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S et al. (2017) The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74:875-884.
- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB et al. (2011) *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. New York, Oxford University Press.
- Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin H, Ellard KK, Bullis JR et al. (2018) *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*, 2nd ed. New York, Oxford University Press.
- Barlow DH, Sauer-Zavala S, Carl JR, Bullis JR, Ellard KK (2014) The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clin Psychol Sci*, 2:344-365.
- Barlow DH, Farchione TJ (2018) *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. New York, Oxford University Press.
- Batmaz S (2018) Ergen psikopatolojisine transdiyagnostik yaklaşım. In *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*. (Ed T Bildik):74-83. Ankara, Türkiye Klinikleri.
- Beck AT (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Madison, CT, International Universities Press.
- Bentley KH (2017) Applying the Unified Protocol transdiagnostic treatment to nonsuicidal self - injury and co - occurring emotional disorders: a case illustration. *J Clin Psychol*, 73:547-558.
- Bentley KH, Boettcher H, Bullis JR, Carl JR, Conklin LR, Sauer-Zavala S et al. (2018) Development of a single-session, transdiagnostic preventive intervention for young adults at risk for emotional disorders. *Behav Modif*, 42:781-805.
- Bentley KH, Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins CF, Conklin LR, Vento S, Homer D (2017) Treating suicidal thoughts and behaviors within an emotional disorders framework: Acceptability and feasibility of the unified protocol in an inpatient setting. *Behav Modif*, 41:529-557.
- Boettcher H, Conklin LR (2018) Transdiagnostic assessment and case formulation rationale and application with the unified protocol. In *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. (Eds DH Barlow, TJ Farchione):17-37. New York, Oxford University Press.
- Brown TA, Antony MM, Barlow DH (1995) Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *J Consult Clin Psychol*, 63:408-418.
- Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB (2001) Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*, 110:49-58.
- Brown TA, Chorpita BF, Barlow DH (1998) Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *J Abnorm Psychol*, 107:179-192.

- Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ, Barlow DH (2014) A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Compr Psychiatry*, 55:1920-1927.
- Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH (2015) The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behav Modif*, 39:295-321.
- Carl JR, Gallagher MW, Sauer-Zavala SE, Bentley KH, Barlow DH (2014) A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Compr Psychiatry*, 55:1426-1434.
- Cassiello-Robbins C, Sauer-Zavala S, Wilner JG, Bentley KH, Conklin LR, Farchione TJ et al. (2018) A preliminary examination of the effects of transdiagnostic versus single diagnosis protocols on anger during the treatment of anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*, 206:549-554.
- Clark DM (1986) A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24:461-470.
- Clark LA, Watson D (1991) Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*, 103:103-116.
- Dagleish T, Black M, Johnston D, Bevan A (2020) Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *J Consult Clin Psychol*, 88:179-195.
- de Ornelas Maia ACC, Nardi AE, Cardoso A (2015) The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *J Affect Disord*, 172:179-183.
- de Ornelas Maia ACC, Sanford J, Boettcher H, Nardi AE, Barlow D (2017) Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. *J Psychiatr Res*, 93:30-36.
- De Paul NF, Caver KA (2021) A pilot study of a brief group adaptation of the Unified Protocol in integrated primary care. *Psychol Serv*, 18:416-425.
- Eckhardt S, Martell C, Lowe KD, Le Grange D, Ehrenreich-May J (2019) An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *J Eat Disord*, 7:34.
- Ehrenreich JT, Goldstein CR, Wright LR, Barlow DH (2009) Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child Fam Behav Ther*, 31:20-37.
- Ehrenreich-May J, Rosenfield D, Queen AH, Kennedy SM, Remmes CS, Barlow DH (2017) An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *J Anxiety Disord*, 46:46-55.
- Ellard KK, Bernstein EE, Hearing C, Baek JH, Sylvia LG, Nierenberg AA et al. (2017) Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *J Affect Disord*, 219:209-221.
- Ellard KK, Deckersbach T, Sylvia LG, Nierenberg AA, Barlow DH (2012) Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the unified protocol: a clinical replication series. *Behav Modif*, 36:482-508.
- Ewing DL, Monsen JJ, Thompson EJ (2015) A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother*, 43:562-77.
- Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR et al. (2012) Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther*, 43:666-678.
- Fichter MM, Quadflieg N, Fischer UC, Kohlboeck G (2010) Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatr Scand*, 122:75-85.
- Fidel SK, Alcántara AT, Castan EC, Costa GR, Diez CQ, Lligoña AG et al. (2015) Unified Protocol for psychiatric and psychological assessment of candidates for transplantation of organs and tissues, PSI-CAT. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 8:130-136.
- Fried EI (2017) The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *J Affect Disord*, 208:191-197.
- Fried EI, Nesse RM (2015) Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR\_D study. *J Affect Disord*, 172:96-102.
- Galatzer-Levy IR, Bryant RA (2013) 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspect Psychol Sci*, 8:651-662.
- Gallagher MW, Sauer-Zavala SE, Boswell JF, Carl JR, Bullis J, Farchione TJ et al. (2013) The impact of the unified protocol for emotional disorders on quality of life. *Int J Cogn Ther*, 6:57-72.
- Garcia-Escalera J, Chorot P, Valiente RM (2016) Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A metaanalysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21:147-175.
- Girio-Herrera E, Ehrenreich-May J (2014) Using flexible clinical processes in the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescence. *Psychotherapy (Chic)*, 51:117-122.
- Gorman JM (2007) *The Essential Guide to Psychiatric Drugs*. 4th ed. New York, St. Martin's Griffin.
- Gray JA (1982) *The Neuropsychology of Anxiety*. New York, Oxford University Press.
- Gündüz A, Gündoğmuş İ, Sertçelik S, Engin BH, İşler A, Çipil A et al. (2019) Validity and reliability of Cognitive Attentional Syndrome-1 Questionnaire. *Psychiatry Investig*, 16:355-362.

- Harvey AG, Watkins ER, Mansell W, Shafran R (2004) *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach in Research and Treatment*. Oxford, Oxford University Press.
- Haslam N, Holland E, Kuppens P (2012) Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychol Med*, 42:903–920.
- Hawks JL, Kennedy SM, Holzman JB, Ehrenreich-May J (2019) Development and application of an innovative transdiagnostic treatment approach for pediatric irritability. *Behav Ther*, 51:334-349.
- Hayes SC, Hofmann SG (Eds.) (2018) *Process-based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland, New Harbinger Publications.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2011) *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York, Guilford Press.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K (1996) Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*, 64:1152–1168.
- Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Nakajima S, ... Usuki M (2016) Transdiagnostic and transcultural: pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behav Ther*, 47:416-430.
- Kabat-Zinn J (1982) An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4:33–47.
- Kendler KS (2012) The dappled nature of causes of psychiatric illness: Replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry*, 17:377–388.
- Kennedy AK, Barlow DH (2018) The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. An introduction. In *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. (Eds DH Barlow, TJ Farchione):1-16. New York, Oxford University Press.
- Kennedy SM, Bilek EL, Ehrenreich-May J (2019) A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behav Modif*, 43:330-360.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:617–627.
- Khakpoor S, Saed O, Armani Kian A (2019) Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother*, 41:227-236.
- Kotov R, Krueger RF, Watson D. (2018) A paradigm shift in psychiatric classification: The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17:24–25.
- Laposa JM, Mancuso E, Abraham G, Loli-Dano L (2017) Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. *Behav Modif*, 41:253-268.
- Leahy RL (2015) *Emotional Schema Therapy*. New York, Guilford Publications.
- Linehan M (2014) *DBT Skills Training Manual*. New York, Guilford Publications.
- Maia ACC, Braga AA, Nunes CA, Nardi AE, Silva AC (2013) Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends Psychiatry Psychother*, 35:134-140.
- Mansell W, Carey TA, Tai S (2012) *A Transdiagnostic Approach to CBT Using Method of Levels Therapy*. East Sussex, Routledge.
- Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R (2008) Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *Int J Cogn Ther*, 1:181–191.
- Mohajerin B, Bakhtiyar M, Olesnycky OS, Dolatshahi B, Motabi F (2019) Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*, 245:637-644.
- Mohammadi A, Soleimani M, Mohammadi MR, Abasi I, Foroughi AA (2019) Unified Protocol for transdiagnostic prevention of depression and anxiety in Iranian adolescents: protocol development and initial outcome data. *Iran J Psychiatry*, 14:171-178.
- Mohsenabadi H, Zanjani Z, Shabani MJ, Arj A (2018) A randomized clinical trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic treatment of emotional and gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: evaluating efficacy and mechanism of change. *J Psychosom Res*, 113:8-15.
- Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T (2015) Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin Psychol Rev*, 40:91-110.
- Newby JM, Twomey C, Li S, Andrews G (2016) Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 199:30–41.
- Newman MG, Llera SJ (2011) A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev*, 31:371–382.
- Nolen-Hoeksema S (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*, 100:569–582.

- Norcross JC, Wampold BE (2011) Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*, 48:98–102.
- Nordahl H, Wells A (2019) Measuring the cognitive attentional syndrome associated with emotional distress: psychometric properties of the CAS-1. *Int J Cogn Ther*, 12:292-306.
- Oğuz G, Batmaz S (2020) Transdiagnostik bilişsel davranışçı yaklaşıma göre psikopatolojik süreçlerin değerlendirilmesi: Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerliliği ve güvenilirliği. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9:173-186.
- Osma J, Sánchez-Gómez A, Peris-Baquero Ó (2018) Applying the unified protocol to a single case of major depression with schizoid and depressive personality traits. *Psicothema*, 30:364-369.
- Păsăreanu CR, Andersson G, Bergman Nordgren L, Dobrea A (2017) Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther*, 46:1–28.
- Patel T, Mansell W, Veale D (2015) The cognitive behavioural processes questionnaire: a preliminary analysis within student, mixed clinical and community samples and the identification of a core transdiagnostic process. *Cognit Ther Res*, 39:193-203.
- Pearl SB, Norton PJ (2016) Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*, 46:11–24.
- Rachman S, de Silva P (1978) Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*, 16:233–248.
- Reinholt N, Aharoni R, Winding C, Rosenberg N, Rosenbaum B, Arnfred S (2017) Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: the unified protocol in mental health services. *Cogn Behav Ther*, 46:29-43.
- Reinholt N, Krogh J (2014) Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cogn Behav Ther*, 43:171-184.
- Reiss S (1991) Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clin Psychol Rev*, 11:141–153.
- Rosellini AJ, Boettcher H, Brown TA, Barlow DH (2015) A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: An update. *J Exp Psychopathol*, 2:110–128.
- Sakiris N, Berle D (2019) A systematic review and meta-analysis of the unified protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clin Psychol Rev*, 72: 101751.
- Santor DA, Gregus M, Welch A (2006) Eight decades of measurement in depression. *Measurement ( Mahwah N J)*, 4:135–155.
- Sauer-Zavala S, Bentley KH, Steele SJ, Tirpak JW, Ametaj AA, Nauphal M et al. (2020) Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *J Affect Disord*, 264:438-445.
- Sauer-Zavala S, Boswell JF, Gallagher MW, Bentley KH, Ametaj A, Barlow DH (2012) The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behav Res Ther*, 50:551-557.
- Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins C, Ametaj AA, Wilner JG, Pagan D (2019) Transdiagnostic treatment personalization: The feasibility of ordering unified protocol modules according to patient strengths and weaknesses. *Behav Modif*, 43:518-543.
- Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins C, Conklin LR, Bullis JR, Thompson-Hollands J, Kennedy KA (2017b) Isolating the unique effects of the unified protocol treatment modules using single case experimental design. *Behav Modif*, 41:286-307.
- Sauer-Zavala S, Gutner CA, Farchione TJ, Boettcher HT, Bullis JR, Barlow DH (2017a) Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behav Ther*, 48:128–138.
- Stanton K, McDonnell CG, Hayden EP, Watson D (2020) Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: Recommendations for measure selection, data analysis, and participant recruitment. *J Abnorm Psychol*, 129:21-28.
- Steele SJ, Farchione TJ, Cassiello-Robbins C, Ametaj A, Sbi S, Sauer-Zavala S, Barlow DH (2018) Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *J Psychiatr Res*, 104:211-216.
- Trosper SE, Buzzella BA, Bennett SM, Ehrenreich JT (2009) Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a unified treatment approach. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 12:234-254.
- Tulbure BT, Rusu A, Sava FA, Sălăgean N, Farchione TJ (2018) A web-based transdiagnostic intervention for affective and mood disorders: randomized controlled trial. *JMIR Ment Health*, 5:e36.
- van Loo HM, Romeijn JW (2015) Psychiatric comorbidity: Fact or artifact? *Theor Med Bioeth*, 36:41–60.
- Varkovitzky RL, Sherrill AM, Reger GM (2018) Effectiveness of the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Behav Modif*, 42:210-230.
- Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL (1987) The paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol*, 53:5–13.
- Wells A (2011) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford Press.
- Wittchen HU, Nocon A, Beesdo K, Pine DS, Hofler M, Lieb R, Gloster AT (2008) Agoraphobia and panic. Prospective longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychother Psychosom*, 77:147–157.



WHO (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization.

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.