**TRANSDİYAGNOSTİK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ:
BİR ÖRNEK OLARAK BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL**

Sedat BATMAZ^{1*}

¹ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Tokat

Kısa Başlık: Bütünleşik Protokol

Toplam sözcük sayısı (özet, referanslar, tablolar hariç): 4585

*İletişim:

Doç. Dr. Sedat BATMAZ, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat. Telefon: 356 – 214 94 44 – 1290 e-posta: sedat.batmaz@gop.edu.tr

ORCID ID: 0000-0003-0585-2184

TRANSDİYAGNOSTİK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ:

BİR ÖRNEK OLARAK BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL

ÖZET

Kategorik sınıflandırmaya imkân veren yaklaşımların pek çok kısıtlılığının olması, tanılardan ziyade tanılarının altında yatan ortak psikopatolojik süreçlere odaklanan ve kesitsel yerine boylamsal (uzunlamasına) değerlendirmeyi vurgulayan transdiagnostik (özetanışal, tanıötesi) yaklaşımların (TY) öne çıkmasına yol açmıştır. TY ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde altta yatan ortak psikopatolojik süreçlere odaklanır. Böylelikle kategorik açıdan bozukluklar farklı şekilde tanı alsa dahi birbirleriyle ne açıdan örtüştükleri ya da ayrıştıkları tespit edilebilir. TY, bu yönleri kullanarak ruhsal bozuklukları tedavi etmeyi amaçlar. TY, bilişsel davranışçı terapilerin işleyişine kolaylıkla entegre edilebilecek esnek ve modüler bir yapıya sahiptir. Bu gözden geçirme yazısının geri kalan kısmında en popüler TY örneklerinden biri olan Bütünleşik Protokol (BP) üzerinde durulacaktır. BP’de temel amaç hastaların duygularını tanımları 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, ortak psikopatolojik süreçler, transdiagnostik yaklaşım

TRANSDIAGNOSTIC COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: UNIFIED PROTOCOL AS AN EXAMPLE

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, common psychopathological processes, modular approach, transdiagnostic approach, Unified Protocol

GİRİŞ

Her ne kadar ruhsal bozuklukları sınıflandırma çabaları binlerce yıl geriye gitse de özellikle son elli yılı aşkın süre içinde 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 transdiagnostik (özetanısıl, tanıötesi) yaklaşımların (TY) 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 transdiagnostiktir (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 (Fichter ve ark., 2010; Wittchen ve ark., 2008).
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 eklettik 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 TY'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 TY 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 TY uygulamaları önerilmektedir (Dalglish ve ark., 2020).

TRANSDİYAGNOSTİK YAKLAŞIM

TY 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. TY, bu yönleri kullanarak ruhsal bozuklukları tedavi etmeyi amaçlar (Batmaz, 2018). TY, bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) işleyişine kolaylıkla entegre edilebilecek esnek ve modüler bir yapıya sahiptir (Barlow ve Farchione, 2018; Mansell ve ark., 2012).

BDT temelli TY, 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 transdiagnostik 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 ile 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 hazzı erteleyebilme de transdiagnostik 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 TY'nin ne derece etkin olduğuna dair çok sayıda çalışma yayımlanmıştır (Dalglish ve ark., 2020). Yakın tarihli metaanalizler ve gözden geçirme makaleleri TY'nin depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında en az bozukluğa özgül psikoterapiler kadar etkin olduğunu, hatta kimi metaanaliz sonuçlarına göre depresyon ve yaşam kalitesinde TY ile bozukluğa özgül psikoterapilerden daha üstün sonuçlar elde edilebildiğini, internet üzerinden sunulan TY temelli psikoterapilerde de yüz yüze görüşmeler

sürdürülen psikoterapilerde beklenene benzer etkinliğe ulaşıldığını, çocuk ve ergenler yaş grubundaki hastalarda da TY ile etkinliğin görüldüğünü, ancak yine de TY'yi bozukluğa özgül tedavilerin yerine önermek için henüz erken olabileceğini, TY'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 (Andersen ve ark., 2016; Ewing ve ark., 2015; Garcia-Escalera ve ark., 2016; Newby ve ark., 2015; 2016; Oğuz ve Batmaz, 2020; Pasarelu ve ark., 2017; Pearl ve Norton, 2016; Reinholt ve Krogh, 2014; Sakiris ve Berle, 2019).

Klinik uygulamada TY kabaca iki grup altında incelenebilir (Dalglish 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.

Her iki gruptaki TY de kendine göre avantaj ve dezavantajlara sahiptir. TY'nin uygulanacağı hastaların veya TY'yi uygulayacak olan klinisyenlerin durumlarına göre bu iki gruptaki yaklaşımlardan hangisinin seçimine öncelik verileceği değişebilir. Öte yandan TY 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 tanısall kategorik karşılığı ne olursa olsun terapistlerin uygulayacakları teknikler bütünü de aslında davranışların sonuçlarına göre şekillendirme, uyaran 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 (tanıya özgül süreçler) sunduklarını öne sürmektedirler. TY'nin etkinliği gündeme geldiğinde burada sıralanan tüm etmenlerin terapi sonucunun başarılı olmasında ne kadar etkisi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum Dalglish ve ark. tarafından aşağıdaki Şekil 1'de şu şekilde gösterilmiştir (Dalglish ve ark., 2020):

Şekil 1'in yerleştirileceği alan

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

1. TY ile bozukluğa özgül BDT karşılaştırmalarında, TY'nin etkinliği birincil ruhsal bozukluklarda muhtemelen daha düşük olacaktır. Komorbid ruhsal bozukluklar göz önüne alındığında ise TY'nin daha avantajlı olacağı düşünülse de muhtemelen bu farkın etki büyüklüğü de küçük olacaktır.
2. Karşılaştırmaya dayalı araştırmalar TY'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. TY'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 TY'nin giderek artan sıklıkta klinik uygulamalara aktarılması ve araştırmalara konu olması güncelliğini korumaktadır. Bu gözden geçirme yazısının geri kalan kısmında en popüler TY örneklerinden biri olan Bütünleşik Protokol (BP) üzerinde durulacaktır.

BÜTÜNLEŞİK 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 transdiagnostik 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 bütünsel 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 düzelmenin 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 antidepresan 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 işlemlerde 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 (Barlow, 2002; Brown ve ark., 1998; Clark ve Watson, 1991; Gray, 1982). 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 (Barlow ve ark., 2014; Clark, 1986; Newman ve Llera, 2011; Rachman ve da Silva, 1978).
4. Duygusal bozuklukların ortaya çıkmasında sürmesinde rol oynayan transdiagnostik süreçler vardır. Bu süreçler içerisinde yaşantısal 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; Hayes ve ark., 1996; Kabat-Zinn, 1982; Nolen-Hoeksema, 1991; Reiss, 1991; Wegner ve ark., 1987). BP, tüm bu transdiagnostik süreçleri kapsayacak tedavi hedefleri içermektedir. Örneğin artmış anksiyete duyarlılığı için interoseptif alıştırma, 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 alıştırma 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 alıştırmalar 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).

Tablo 1’in yerleştirileceği alan

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. 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 alan 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 alıştırmalar 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 yanlış 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 anlaşılamayacağı 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 duyumların farkına varma ve onlara dayanabilme üzerinedir. Bu amaçla *bedensel duyumları ortaya çıkaran (interoseptif) alıştırma*lardan (örneğin hiperventilasyon, sandalyeyi hızlıca döndürme, yerinde koşma) faydalanılır. Tekrarlanan alıştırma sonrası amaç kişinin bedensel duyumların 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 alıştırma sırasında dikkat edilmesi gereken nokta, alıştırma durumlarına 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.

Tablo 2’de BP modüllerinin içeriği özetlenmiştir.

Tablo 2’nin yerleştirileceği alan

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 Conklin, 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.
5. Kişilerin rahatsız edici olarak tanımladıklarının gerçekten içinde bulundukları 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.

Tablo 3'ün yerleştirileceği alan

6. Kişilerin duygularını rahatsız edici bulmadıkları dönemler de tespit edilmelidir. Zira bu dönemler aslında kişilerin duygularına dayanabildiklerini, duygularının geçici olduğunu bildiklerini ve içinde bulundukları 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.

Tablo 4'ün yerleştirileceği alan

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. Gerekğinde 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.

Tablo 5'in yerleştirileceği alan

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 2'de BP'ye özgül olgu kavramsallaştırması örneği yer almaktadır:

Şekil 2'nin yerleştirileceği alan

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 10 yılda, %60'tan fazlası ise son 5 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 tablolarda etkin olduğu (Carl ve ark., 2014; de Ornelas Maia ve ark., 2015; Farchione ve ark., 2012; Ito ve ark., 2016; Maia ve ark., 2013; Sauer-Zavala ve ark., 2020; Varkovitzky ve ark., 2018), etkinliğinin uzun dönemde de korunduğu (Bullis ve ark., 2014), yaşam kalitesini artırdığı (de Ornelas Maia ve ark., 2017; Gallagher ve ark., 2013) 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 tanıya 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; 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 (Allen ve ark., 2012; Bentley ve ark., 2018; Eckhardt ve ark., 2019; Ehrenreich ve ark., 2009; Ehrenreich-May ve ark., 2017; Girio-Herrera ve Ehrenreich-May, 2014; Hawks ve ark., 2019; Kennedy ve ark., 2019; Trosper ve ark., 2009).
6. Farklı uygulama yolu çalışmaları: BP yüz yüze ve bire bir görüşmeler dışında internet üzerinden (Tulbure ve ark., 2018) ve grup formatında (Bullis ve ark., 2015; de Ornelas Maia ve ark., 2015; De Paul ve Caver, 2020; Laposa ve ark., 2017; Maia ve ark., 2013; Reinholt ve ark., 2017) 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 transdiagnostik yaklaşımlardan 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 kabullenme 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 transdiagnostik süreçlerin en azından bir kısmını topluca içeren ölçeklerin değerlendirme aşamasında kullanılması yardımcı olabilir. Bu tip ölçekler arasında Çok Boyutlu Duygusal Bozukluk Ölçeği (Rosselini ve ark. 2015), Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği (Oğuz ve Batmaz, 2020; Patel ve ark., 2015) ya da Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (Gündüz ve ark., 2019; Nordahl ve Wells, 2019) sayılabilir. Stanton ve ark.'nın TY'de psikopatolojinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek ölçeklere dair önerilerini içeren makalelerine de bu amaçla başvurulabilir (Stanton ve ark., 2020).

SONUÇ

TY 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 TY'nin yaygınlaşmasındaki ana etmendir. TY 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 TY'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, L. B., Tsao, J. C., Seidman, L. C., Ehrenreich-May, J., & Zeltzer, L. K. (2012). A unified, transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 56-67.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Ametaj, A. A., Sarver, N. W., Anakwenze, O., Ito, M., Rattner-Castro, M., & Potluri, S. (2018). Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (editors). *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. New York: Oxford University Press, pp. 268-290.

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. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(6), 673-690.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2d ed. New York, NY: Guilford Press.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Ametaj, A. (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(9), 875-884.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H., Ellard, K. K. . . ., Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press.

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365.

Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (2018). *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. New York: Oxford University Press; 2018.

Batmaz, S. (2018). Ergen Psikopatolojisine Transdiagnostik Yaklaşım. Bildik T, editör. *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Klinikleri, pp. 74-83.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, CT: International Universities Press.

- Bentley, K. H. (2017). Applying the Unified Protocol Transdiagnostic Treatment to Nonsuicidal Self-Injury and Co-Occurring Emotional Disorders: A Case Illustration. *Journal of clinical psychology*, 73(5), 547-558.
- Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R., Sauer-Zavala, S., ... & Barlow, D. H. (2018). Development of a single-session, transdiagnostic preventive intervention for young adults at risk for emotional disorders. *Behavior modification*, 42(5), 781-805.
- Bentley, K. H., Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C. F., Conklin, L. R., 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. *Behavior modification*, 41(4), 529-557.
- Boettcher, H., & Conklin, L. R. (2018). Transdiagnostic assessment and case formulation rationale and application with the unified protocol. Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (editors). *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. New York: Oxford University Press, pp. 17-37.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1920-1927.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive psychiatry*, 55(6), 1426-1434.
- Cassiello-Robbins, C., Sauer-Zavala, S., Wilner, J. G., Bentley, K. H., Conklin, L. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2018). A preliminary examination of the effects of transdiagnostic versus single diagnosis protocols on anger during the treatment of anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(7), 549-554.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103–116.

Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179-195.

de Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A. E., & Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of affective disorders*, 172, 179-183.

de Ornelas Maia, A. C. C., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A. E., & Barlow, D. (2017). Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. *Journal of psychiatric research*, 93, 30-36.

De Paul, N. F., & Caver, K. A. (2020). A pilot study of a brief group adaptation of the Unified Protocol in integrated primary care. *Psychological Services*. doi:10.1037/ser0000406

Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K. D., 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. *Journal of eating disorders*, 7(1), 34.

Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. R., Wright, L. R., & Barlow, D. H. (2009). Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child & family behavior therapy*, 31(1), 20-37.

Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S., & Barlow, D. H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46-55.

Ellard, K. K., Bernstein, E. E., Hearing, C., Baek, J. H., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., ... & Deckersbach, T. (2017). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of affective disorders*, 219, 209-221.

Ellard, K. K., Deckersbach, T., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., & Barlow, D. H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the unified protocol: a clinical replication series. *Behavior modification*, 36(4), 482-508.

Ewing, D. L., Monsen, J. J., & Thompson, E. J. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 562-77.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.

Fichter, M. M., Quadflieg, N., Fischer, U. C., & Kohlboeck, G. (2010). Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 75–85.

Fidel, S. K., Alcántara, A. T., Castan, E. C., Costa, G. R., Diez, C. Q., Lligoña, A. G., ... & Peri, J. N. (2015). Unified Protocol for psychiatric and psychological assessment of candidates for

transplantation of organs and tissues, PSI-CAT. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 8(3), 130-136.

Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 208, 191–197.

Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR_D study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 96–102.

Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 651–662.

Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Boswell, J. F., Carl, J. R., Bullis, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The impact of the unified protocol for emotional disorders on quality of life. *International journal of cognitive therapy*, 6(1), 57-72.

Garcia-Escalera, J., Chorot, P., & Valiente, R. M. (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, 147-75.

Girio-Herrera, E., & Ehrenreich-May, J. (2014). Using flexible clinical processes in the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescence. *Psychotherapy*, 51(1), 117-122.

Gorman, J. M. (2007). *The essential guide to psychiatric drugs*. 4th ed. New York, NY: St. Martin's Griffin.

Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press.

Gündüz, A., Gündoğmuş, İ., Sertçelik, S., Engin, B. H., İşler, A., Çipil, A., & Sungur, M. Z. (2019). Validity and Reliability of Cognitive Attentional Syndrome-1 Questionnaire. *Psychiatry investigation*, 16(5), 355-362.

Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach in research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42, 903–920.

Hawks, J. L., Kennedy, S. M., Holzman, J. B., & Ehrenreich-May, J. (2019). Development and Application of an Innovative Transdiagnostic Treatment Approach for Pediatric Irritability. *Behavior Therapy*, 51(2), 334-349.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 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. *Behavior therapy*, 47(3), 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. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.

Kendler, K. S. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness: Replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Molecular Psychiatry*, 17, 377–388.

Kennedy, A. K., & Barlow, D. H. (2018). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. An introduction. Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (editors). *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. New York: Oxford University Press, pp. 1-16.

Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior modification*, 43(3), 330-360.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General 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 in psychiatry and psychotherapy*, 41(3), 227-236.

Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17, 24–25.

Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior modification*, 41(2), 253-268.

Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.

Linehan, M. (2014). *DBT Skills training manual*. Guilford Publications.

Maia, A. C. C., Braga, A. A., Nunes, C. A., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 35(2), 134-140.

Mansell, W., Carey, T. A., & 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. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 181–191.

Mohajerin, B., Bakhtiyar, M., Olesnycky, O. S., Dolatshahi, B., & Motabi, F. (2019). Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 245, 637–644.

Mohammadi, A., Soleimani, M., Mohammadi, M. R., Abasi, I., & Foroughi, A. A. (2019). Unified Protocol for Transdiagnostic Prevention of Depression and Anxiety in Iranian Adolescents: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Iranian journal of psychiatry*, 14(2), 171–178.

Mohsenabadi, H., Zanjani, Z., Shabani, M. J., & 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. *Journal of psychosomatic research*, 113, 8–15.

Newby, J. M., 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. *Clinical psychology review*, 40, 91–110.

Newby, J.M., Twomey, C., Li, S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 199, 30–41.

Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371–382.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98–102.

Nordahl, H., & Wells, A. (2019). Measuring the Cognitive Attentional Syndrome Associated with Emotional Distress: Psychometric Properties of the CAS-1. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 292–306.

Oğuz, G., & Batmaz, S. (2020). Transdiagnostik Bilişsel Davranışçı Yaklaşımına Göre Psikopatolojik Süreçlerin Değerlendirilmesi: Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. [doi:10.5455/JCBPR.91217](https://doi.org/10.5455/JCBPR.91217)

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(4), 364–369.

Păsărelu, C.R., 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. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 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. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 193–203.

Pearl, S. B., & Norton, P. J. (2016). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 11–24.

Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 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. *Cognitive behaviour therapy*, 46(1), 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. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171–184.

Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153.

Rosellini, A. J., Boettcher, H., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: An update. *Psychopathology Review*, 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. *Clinical psychology review*, 72, 101751.

Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). FOCUS ARTICLE: Eight Decades of Measurement in Depression. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 4, 135–155.

Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., ... & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438–445.

Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., & Barlow, D. H. (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. *Behaviour research and therapy*, 50(9), 551–557.

Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A. A., Wilner, J. G., & Pagan, D. (2019). Transdiagnostic treatment personalization: The feasibility of ordering unified protocol modules according to patient strengths and weaknesses. *Behavior modification*, 43(4), 518–543.

Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C., Conklin, L. R., Bullis, J. R., Thompson-Hollands, J., & Kennedy, K. A. (2017b). Isolating the unique effects of the unified protocol treatment modules using single case experimental design. *Behavior modification*, 41(2), 286-307.

Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017a). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48, 128–138.

Stanton, K., McDonnell, C. G., Hayden, E. P., & Watson, D. (2020). Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: Recommendations for measure selection, data analysis, and participant recruitment. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(1), 21-28.

Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104, 211-216.

Troster, S. E., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Ehrenreich, J. T. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a unified treatment approach. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 234-254.

Tulbure, B. T., Rusu, A., Sava, F. A., Sălăgean, N., & Farchione, T. J. (2018). A web-based transdiagnostic intervention for affective and mood disorders: randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 5(2), e36.

van Loo, H. M., & Romeijn, J. W. (2015). Psychiatric comorbidity: Fact or artifact? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36, 41–60.

Varkovitzky, R. L., Sherrill, A. M., & Reger, G. M. (2018). Effectiveness of the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Behavior modification*, 42(2), 210-230.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). The paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5–13.

Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.

Wittchen, H. U., Nocon, A., Beesdo, K., Pine, D. S., Hofler, M., Lieb, R., & Gloster, A. T. (2008). Agoraphobia and panic. Prospective longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 147–157.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

EXTENDED ABSTRACT

INTRODUCTION

Although efforts to classify psychiatric disorders go back thousands of years, the classification of psychiatric disorders according to certain taxonomies has become prominent especially over the last fifty years (Kendler, 2009). The American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)* (American Psychiatric Association, 2013) and the World Health Organization's *International Classification of Diseases (ICD-10)* (World Health Organization, 1992) are the basis for the classification of mental disorders today. However, these approaches which allow categorical classification have many limitations. Therefore, transdiagnostic approaches (TA) focusing on the common psychopathological processes underlying the diagnoses rather than focusing on the diagnosis and emphasizing longitudinal instead of cross-sectional evaluation have gained prominence especially in the last thirty years (Sauer-Zavala et al., 2017a).

TRANSDIAGNOSTIC APPROACH

TA focuses on the common psychopathological processes underlying the emergence and persistence of mental disorders. Thus, even if these disorders are diagnosed according to different categories, their common or distinguishing characteristics can be determined. TA aims to treat mental disorders using these characteristics (Batmaz, 2018). TA has a flexible and modular structure that can be easily integrated into the process of cognitive behavioral therapies (CBT) (Barlow and Farchione, 2018; Mansell et al., 2012).

CBT-based TA refers to the detection and intervention of common psychopathological processes underlying mental disorders. These processes, which are increasingly analyzed by the researches in recent years, are determined to be a treatment goal. Definitive transdiagnostic cognitive and behavioral processes are primarily selective attention to external and internal stimuli, attention directed towards avoidance and safety, explicit selective memory, repetitive memories, interpretation and anticipatory biases, emotional reasoning, repetitive negative thinking, positive and negative metacognitive beliefs, avoidance behaviors, safety behaviors and experiential avoidance (Harvey et al., 2004; Oğuz and Batmaz, 2020). Implicit selective memory, overgeneral memory, avoidant encoding and recall, attribution bias, mental shortcuts, common change bias, confirmation bias, thought suppression, and poorly perceived security signs are argued to be similar processes (Harvey et al., 2004). In addition, intolerance to uncertainty, impulsivity related to emotional reactivity, perfectionism, neuroticism, emotion

regulation strategies, anxiety sensitivity, alexithymia, thought-action fusion, self-esteem, anhedonia, shame, obsessive beliefs, interpretation of intrusions, thought suppression, problem-solving skills, reappraisal, self-criticism, and delay gratification for the sake of a reward in the long term are among the transdiagnostic psychological processes (Mansell et al., 2008; Oğuz and Batmaz, 2020).

UNIFIED PROTOCOL (UP)

UP was first mentioned in the section titled “*The Process of Fear and Anxiety Reduction: Affective Therapy*” of Barlow's book “*Anxiety and Its Disorders*” in 1988 (Barlow, 1988). In this section, Barlow stated his goals of transdiagnostic change based on emotional theory and aimed at addressing a wide range of emotional disorders (depression and anxiety-related disorders) together. The action tendencies (behaviors guided by emotions), the feeling of loss of control over stressors in life (neuroticism) and negative attention biases (internal, emotionally intense and negative self-evaluative schemas) were among these goals (Barlow, 1988; Kennedy and Barlow, 2018). This approach did not attract interest at that time; however, it was brought to the agenda again with a new article published in 2004 (Barlow et al., 2004). Considering the increasing number of new DSM diagnoses, the authors of the article argued the need for an approach focusing on the common principles underlying change, which was at the basis of the ideas they had expressed about twenty years ago (Barlow et al., 2004). As a result of the research on making such an approach possible, the UP has taken its current form of application.

UP was first prepared as a treatment guide in 2011 (Barlow et al., 2011). This guide was updated in 2018 (Barlow et al., 2018). The researchers designed the guide both as a manual for therapists and as a workbook that patients can use during their therapy. In this way, the therapist has a whole set of standardized content, agenda items and techniques for each session. Patients also obtain an auxiliary resource that runs in parallel with these sessions, which emphasizes important parts of the process, and includes exercises for homework. Such a system assumes a facilitating role for therapists who have just started clinical practice and ensures that all therapy interviews are at the same standards.

The main purpose of UP is to allow patients to recognize their emotions and give more functional reactions to their negative emotions. UP consists of eight modules in this regard.

The modules can usually be completed in 11 - 17 weeks following a schedule of once-a-week sessions, with personal sessions of 50 to 60 minutes each. If necessary, the number of sessions

allocated to modules or the frequency of sessions can be adjusted. Below is a summary of each module (Barlow et al, 2018; Kennedy and Barlow, 2018):

Module 1 - Setting Goals and Enhancing Motivation: This module enables people to realize that they can change themselves by using motivational interviewing techniques. This module primarily aims is to support the participation of people in the treatment as much as possible and to use motivational techniques again when necessary. The second purpose of the module is to set concrete goals for the results expected from the treatment. For these two purposes, this module uses two main techniques: *decisional balance* and exercises for *treatment goal-setting*.

Module 2 - Understanding Emotions: In this module, people receive psychoeducation about their emotions (anxiety, anger, sadness, fear, etc.) and their functions (an adaptive role for the person to get informed on what is happening around them and to take appropriate actions). Psychoeducation focuses on the cognitive, physiological and behavioral components of emotions and their interaction with each other. Thus, it aims at a better understanding of emotions by making use of basic CBT techniques and starting from one's own experiences. To this end, UP uses *the conceptualization of Antecedent - Response - Consequence (ARC)*. While the antecedents are conceptualized as the triggering state and events associated with the emergence of emotions, responses are the cognitive, physiological and behavioral components of the resulting emotions. The consequences are short and long-term effects of emotional responses. In this process, the therapist especially highlights the effect of negative reinforcement on the persistence of these disturbing emotions and forms a basis for the exposure exercises in the next modules.

Module 3 – Mindful Emotional Awareness: This module is included in UP to enable people to develop an objective, present-oriented and non-judgmental perspective on their emotional experiences. It aims to make people realize the factors that affect the emergence of their emotions. Accordingly, people are taught to distinguish *primary emotions* from *the reactions given in response to these emotions* based on their own experiences. In particular, individuals become aware of the subjective, judgmental and negative bias in their responses.

Module 4 - Cognitive Flexibility: This module derives from basic CBT approaches and shows the way individuals' biased assessment affects their emotional responses. Cognitive distortions (thinking errors) are addressed and methods of re-evaluating situations in a way that allows for more flexible and different explanations are shown in UP as in traditional CBT approaches. UP specifically focuses on cognitive distortions such as *catastrophizing* (expecting the worst of

what might happen) and *overestimation of probability* (believing that what could happen is much more likely to become a reality than it actually is).

Module 5 – Countering Emotional Behaviors: In this module, emotion avoidance strategies are argued to be preventing people from fully experiencing their negative feelings in situations that make them feel distressed and seeing the result of these emotions. Besides, it is emphasized that the anxiety emerging as an emotional reaction will not disappear since negative expectations cannot be checked. Another issue addressed in this module is that people acquire adaptive emotion regulation skills. In parallel with this content, the module tries to detect and change *emotional avoidance* (subtle behavioral avoidance, cognitive avoidance, safety signals) and *emotion-driven behaviors* (tendency to act).

Module 6 - Understanding and Confronting Bodily Sensations: This module is about realizing and tolerating bodily sensations. For this purpose, *exercises that evoke bodily sensations (interoceptive)* (e.g. hyperventilation, swiveling the chair rapidly, running on the spot) are used. The purpose of repetitive exercises is to undermine one's belief that bodily sensations are harmful.

Module 7 – Emotion Exposures: This module is the most time-consuming one in UP. The aim is to provide an opportunity to practice emotional *exposures* tailored to the person both during and between sessions. During these exposures, it should be noted that the exercises are directed not towards the situations but the negative emotions that arise in these situations. Exposures can be diversified according to individual needs. Examples of exposures include watching a sad movie for depressive symptoms, remembering a past traumatic experience for post-traumatic stress disorder symptoms, and going up several floors by lift for specific phobia symptoms. *The interoceptive cues* that were detected to trigger bodily sensations in the previous module are used in this module. The ultimate goal of familiarizing with emotions is to replace evaluations of how dangerous situations are with more adaptive ones, to prevent emotional avoidance, to find substitutes for emotion-driven behaviors, and to suppress the anxiety response evoked by intense emotional responses.

Module 8 - Realizing Achievements and Looking Forward: In the last session, *the outlines of the treatment* drawn during the whole therapy process and the individual's *level of progress* are discussed. If the progress is not sufficient, possible causes are investigated. In addition, a relapse prevention strategy is created by discussing the ways of dealing with difficult situations that will inevitably be encountered again due to the nature of life, using these acquired skills.

The goals of each module of UP and the treatment approaches in line these goals provide a clearly defined approach. For this reason, there is a need for a detailed evaluation, conceptualization of cases and treatment plan before putting UP into practice. Boettcher and Conklin prepared a comprehensive guide on this issue (Boettcher and Conkin, 2018).

CONCLUSION

TA is a form of treatment that has been of increasing interest to clinicians and researchers recently. The possible advantages of focusing on the common processes underlying the psychopathological processes rather than addressing them as separate diagnostic categories are the main factor in the widespread usage of TA. As one of the TA-based CBT options, UP is possibly the most widely recognized one in this area. A review article that includes this option in Turkish literature can provide an insight into the direction the field is taking. Therefore, this review article addresses TA in general terms, and it includes UP as a unique example. Mental health and mental health disorder professionals and staff from Turkey will hopefully contribute to developments in UP.

Tablo 1. Bütünleşik Protokol’de yer alan modüller

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 duyumları anlama ve onlarla yüzleşme	1 oturum	Zorunlu
7	Duygulara alıştırma	4 – 6 oturum	Zorunlu
8	Başarıları fark etme ve geleceğe bakış	1 oturum	Ek

Tablo 2. Bütünleşik Protokol modüllerinin içeriği

No	İçerik Özeti	Temel Amaç	Anahtar Tema
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 duyumlara 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

Tablo 3. Duygusal deneyimlere verilen rahatsız edici tepkilere örnekler

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

Boettcher ve Conklin (2018)’den uyarlanmıştır.

Tablo 4. Duygusal kaçınmaya örnekler

Duygusal tepki	Kaçınma davranışı
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 duyular	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 Tıkınırcasına 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.

Tablo 5. Duygusal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılabilecek sorular

Olumsuz duyguların sıklık ve şiddeti	<p>Diğer kişilere göre kendinizi daha üzgün/kaygılı/öfkeli hissediyor musunuz?</p> <p>Sizi üzen, kaygılandıran ya da öfkeliendiren şeyler hakkında düşünüp durmanın üstesinden gelmekte zorlanıyor musunuz?</p> <p>Kendisini endişeli biri olarak görür müsünüz?</p> <p>Öfkenizi kontrol etmekte zorlanır mısınız?</p> <p>Etrafınızdaki diğer kişiler başınıza gelen bir olayda size duygularınızın başkalarına göre daha şiddetli olduğunu söylerler mi?</p> <p>Bir şeye canınız sıkıldığında sakinleşmeniz diğer kişilere göre daha fazla zaman gerektirir mi?</p> <p>Sizce duygularınızı başkalarına göre daha yoğun mu yaşıyorsunuz?</p>
Rahatsız eden duygulara karşı olumsuz tepkiler ya da inanışlar	<p>Belirli duyguları hissettiğiniz için kendinize kızdığınız, kendinizi eleştirdiğiniz olur mu?</p> <p>Duygularınızın mantıklı bir açıklaması olmadığını düşünüp kendinize kızar mısınız?</p> <p>Kendinizi gergin hissettiğinizi fark ettiğinizde bunun giderek daha da kötüleşeceği konusunda kaygılanır mısınız?</p> <p>Kendinizi üzgün hissettiğinizde bunun bütün gününüzü mahvedeceğine inanır mısınız?</p> <p>Olumsuz duygularınızdan tamamen kurtulmayı istediğiniz olur mu?</p> <p>Düşünce, duygu ya da belirtilerinizin herhangi bir kısmını korkutucu bulduğunuz olur mu?</p> <p>Kimi zaman duygularınızın kontrolünün sizde olmadığını düşünür müsünüz?</p>
Duyguları kontrol altına almak ya da değiştirmek için kaçınma davranışları	<p>Sizi kaygılandıran işleri yapmaktan vazgeçtiğiniz ya da onları ertelediğiniz olur mu?</p> <p>Rahatsız hissedeceğinizi düşündüğünüz için kimi durumları yaşamaktan kaçınır mısınız?</p> <p>Kendinizi kötü hissettiğiniz anlarda işlerinizi yapmayı bırakır mısınız?</p> <p>Sizi rahatsız eden şeyleri düşünmemeye çalışır mısınız?</p>

	<p>Sizi rahatsız eden duygularınızla baş etmek için dikkatinizi başka yönlere çeker misiniz?</p> <p>Yapmak istediğiniz ama yaparsanız kendinizi kaygılı/üzüntülü/öfkeli hissedeceğiniz için yapmadığınız şeyler var mı?</p> <p>Olumsuz duygularınızdan kurtulmak için yaptığınız bir şeyler var mı?</p> <p>Kimi duyguları yaşamamak için yaptığınız bir şeyler var mı?</p>
--	--

Boettcher ve Conklin (2018)'den uyarlanmıştır.

Şekil 1. Kontrol koşulları, bozukluğa özgül BDT ve TY gruplarına göre birincil ruhsal bozukluk ve komorbid ruhsal bozukluklarda beklenen düzeltilen hasta yüzdeleri. BDT, bilişsel davranışçı terapi; TY, transdiagnostik yaklaşım. Dalglish ve ark. (2020)'dan uyarlanmıştır.

SORUN ALANLARI

İşlerini zamanında tamamlayamama
Mesai arkadaşlarıyla ilişkisi hakkında düşünüp durma
Toplantılarda sunum yaparken rahatsız hissetme
Arkadaş çevresinin azlığı

RAHATSIZ EDEN DUYGULAR

İlişkileri ve işi hakkında kaygılanma
Sunum yaparken rezil olmaktan korkma
Arkadaşının olmamasına üzülmeye

OLUMSUZ TEPKİLER

“Sıkıntılı hissettiğimde hiçbir işimi yapamıyorum.”
“Yüzümün kızarmasından korkuyorum.”
“Arkadaşım yok diye üzülmem aslında aptalca bir şey.”

BAŞ ETME YOLLARI

AÇIK DAVRANIŞSAL KAÇINMA / KAÇMA: İşten erken çıkma, eski arkadaşlarıyla temasa geçmek istememe, toplantıyı yönetme fikrini reddetme
ÖRTÜK DAVRANIŞSAL KAÇINMA: İşleri erteleme, mesai arkadaşlarıyla konuşurken göz temasından kaçınma, sunumları yaparken aceleyle getirme
BİLİŞSEL KAÇINMA: Yalnızlığını düşündüğünü fark edince televizyon izlemeye başlama, bir sonraki sunum hakkında düşünmeye başladığında kendini uykuya verme
GÜVENCE İŞARETLERİ: Yanında yalnızca yakından tanıdığı birileri varken başkalarıyla görüşmeye gitme

MODÜL UYGULAMALARI

MODÜL 3: Arkadaş sayısının az olması konusunda yargısız farkındalık geliştir, endişelendiğini fark ettiğinde şimdiki ana odaklanmayı dene.
MODÜL 4: Hata yapmayı felaketleştirmekten vazgeç, eski arkadaşları tarafından reddedilme ihtimalini gerçekçi olarak değerlendir.
MODÜL 5: Sunum yaparken daha yavaş konuşmayı dene.
MODÜL 6: Yüz kızarmasını yanakları sıkarak, sıcak bir içecek içerek ortaya çıkar.
MODÜL 7: Eski arkadaşlarını ara, iş yerinde bir konuşma yap, tamamlanacak işlerine hemen başla.

Şekil 2. Bütünleşik Protokol'e göre bir olgu kavramsallaştırması örneği. Boettcher ve Conkin (2018)'den uyarlanmıştır.