

Effectiveness of cognitive behavioral therapy in the treatment of panic disorder

Gabija Balandytė¹, Skaidra Bieliūnaitė¹, Margarita Slabadienė²

¹Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Medicine, Kaunas, Lithuania

²Lithuanian University of Health Sciences, Department of Psychiatry, Kaunas, Lithuania

Abstract

Introduction. Panic disorder is a common mental disorder with a prevalence of ~ 2–5% in the general population. In the treatment of panic disorder cognitive behavioral therapy has been shown to have the longest duration of action between different types of psychotherapy. most recommended is cognitive behavioral psychotherapy (CBT).

Aim: to present the effectiveness of CBT in the treatment of panic disorder and to compare it with other types of psychotherapy.

Methodology. The literature review was based on the scientific databases of PubMed and the Cochrane Library, selecting publications from 2012 to 2022 in English using the keywords in the original language: "panic disorder," "psychotherapy," and "cognitive behavioral therapy." More than 20 publications related to the treatment of panic disorder have been reviewed.

Results. CBT significantly reduces panic symptoms and related variables during therapy, and this effect persists for three months. Group CBT is an effective treatment for panic disorder and may be an alternative to individual CBT. The benefits of alternative types of CBT - short CBT or online CBT for the treatment of panic attacks - are also identified. According to research, CBT is the most effective form of psychotherapy for panic disorder.

Conclusions. CBT is an integral part of the treatment of panic disorder. This therapy can directly reduce the symptoms experienced during panic disorder. Also CBT is more effective compared to other types of psychotherapy. Moreover, easily accessible as it can be applied individually, in groups or even online.

Keywords: panic disorder, psychotherapy, cognitive behavioral therapy.

Kognityvinės elgesio terapijos veiksmingumas gydant panikos sutrikimą

Gabija Balandytė¹, Skaidra Bieliūnaitė¹, Margarita Slabadienė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas. Kaunas, Lietuva

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Psichiatrijos klinika, Kaunas, Lietuva

Santrauka

Įvadas. Panikos sutrikimas yra dažnas psichikos sutrikimas, kurio paplitimas bendroje populiacijoje ~ 2–5%. Gydant šį sutrikimą yra įrodyta, kad psichoterapijos poveikio trukmė yra ilgiausia, o tarp įvairių psichoterapijos rūšių, labiausiai rekomenduojama taikyti kognityvinę elgesio terapiją (KET).

Tikslas: pristatyti KET veiksmingumą gydant panikos sutrikimą ir palyginti jį su kitomis psichoterapijos rūšimis.

Metodika. Literatūros apžvalga atlikta remiantis „PubMed“ ir „Cochrane Library“ mokslinėmis duomenų bazėmis, atrenkant publikacijas nuo 2012 iki 2022 metų anglų kalba, naudojant raktažodžius originalo kalba: „panikos sutrikimas“, „psichoterapija“, „kognityvinė elgesio terapija“. Išnagrinėta daugiau kaip 20 publikacijų, susijusių su panikos sutrikimo gydymu.

Rezultatai: KET reikšmingai sumažina panikos simptomus ir su jais susijusius kintamuosius terapijos metu, o šis poveikis stebint išlieka tris mėnesius. Grupinė KET yra veiksmingas panikos sutrikimo gydymas, todėl gali būti alternatyva individualiai KET. Nustatoma ir alternatyvių KET rūšių - trumpos KET ar internetinės KET nauda panikos atakų gydymui. Remiantis tyrimais, veiksmingiausia psichoterapijos rūšis gydant panikos sutrikimą – KET.

Išvados. KET yra neatsiejama panikos sutrikimo gydymo dalis. Ši terapija tiesiogiai gali sumažinti panikos sutrikimo metu jaučiamus simptomus ir yra veiksmingesnė lyginant su kitomis psichoterapijos rūšimis. Negana to, KET pasižymi lengvu prieinamumu, kadangi ją galima taikyti individualiai, grupėse ar net internetu.

Raktažodžiai: panikos sutrikimas, psichoterapija, kognityvinė elgesio terapija.

1. Įvadas

Panikos sutrikimas yra apibūdinamas kaip pasikartojančių, netikėtų panikos priepuolių buvimas [1], kai intensyvi baimė, lydima kūno ir (arba) kognityvinių simptomų, staiga vystosi be akivaizdžios išorinės priežasties [2]. Tai dažnas psichikos sutrikimas [3]. Dabartiniai skaičiavimai rodo, kad maždaug 7–10% gyventojų patiria atsitiktinius panikos priepuolius, o panikos sutrikimo paplitimas bendroje populiacijoje yra ~ 2–5% [4].

Panikos sutrikimų turintiems asmenims gydyti rekomenduojamos trijų rūšių intervencijos. Ilgiausio poveikio trukmė yra įrodyta taikant psichoterapiją, po jos seka farmakologinė terapija ir savipagalba. Iš įvairių psichoterapijos rūšių, gairėse rekomenduojama taikyti kognityvinę elgesio psichoterapiją (KET) [2], kuri yra labiausiai tyrinėjama [5]. Šios literatūros analizės tikslas yra išsiaiškinti KET veiksmingumą panikos sutrikimo gydymui.

2. Metodika

Literatūros apžvalga atlikta remiantis „PubMed“ ir „Cochrane Library“ mokslinėmis duomenų bazėmis, atrenkant publikacijas nuo 2012 iki 2022 metų anglų kalba, naudojant raktažodžius originalo kalba: „panikos sutrikimas“, „psichoterapija“, „kognityvinė elgesio terapija“. Išnagrinėta daugiau kaip 20 publikacijų, susijusių su panikos sutrikimo gydymu.

3. Rezultatai

3.1. Panikos sutrikimas

Panikos sutrikimui būdingi epizodiniai, netikėti panikos priepuoliai, kurie įvyksta be aiškaus dirgiklio. Panikos priepuolis apibūdinamas greitu stiprios baimės ar kančios jausmo

atsiradimu (paprastai intensyvumo viršūnę pasiekia per 10 minučių), lydimu fiziologinių simptomų, tokių kaip sustiprėjęs širdies plakimas, tachikardija, drebulys, užspringimo jausmas, krūtinės skausmas ar diskomfortas, pykinimas ar pilvo skausmas, galvos svaigimas, alpimas, šalčio ar karščio jautimai, prakaitavimas, parestzijos, derealizacija, baimė prarasti kontrolę, išprotėti ar mirti [4,6]. Bent po vieno panikos priepuolio turi sekti mažiausiai 1 mėnesį trunkantis nuolatinis susirūpinimas dėl priepuolių ištikimo, nerimas dėl priepuolių pasekmių ar netinkamas elgesys (pvz.: vengimas darbo ar mokyklos), susijęs su panikos priepuoliais [7].

Panikos sutrikimo etiologija nėra aiški. Neuroanatominė hipotezė rodo, kad greičiausiai atsakinga yra genetinių ir aplinkos veiksnių sąveika [6].

Panikos sutrikimų dažnis paauglystėje palaipsniui didėja, sutampa su lytinių hormonų antplūdžiais ir lytiniu brendimu. Svarbu tai, kad panikos sutrikimu moterys, palyginus su vyrais, suserga anksčiau ir turi dvigubai didesnę tikimybę susirgti juo [4].

3.2. Kognityvinė elgesio terapija

KET yra aktyvus, orientuotas į problemas, jautrus laikui požiūris į gydymą, kurio tikslas - sumažinti emocinius pacientų, turinčių psichikos ar prisitaikymo problemų, išgyvenimus. Šioje psichoterapijos rūšyje pirmiausiai terapeutas padeda pacientui nustatyti neracionalius kognityvinius modelius, pradedant nuo iškreipto mąstymo. Antrame psichoterapijos etape nustatomos su neracionaliu mąstymu susijusios emocijos, terapeutas ir pacientas dirba su minčių pertvarkymu ir galiausiai terapeutas padeda

pacientui įgyti įgūdžių, padedančių pakeisti iškreiptą mąstymą. Tai netiesiogiai lemia teigiamus emocijų pokyčius [8].

KET gali būti naudojama kaip trumpalaikis gydymas, padedantis žmonėms išmokti sutelkti dėmesį į esamas mintis ir įsitikinimus [9]. Be to, ši psichoterapijos rūšis yra rekomenduojama kaip pirmojo pasirinkimo gydymas daugumai vaikų ir paauglių psichologinių sutrikimų, įskaitant agresiją ir elgesio sutrikimus [10].

3.3. Kognityvinės elgesio terapijos pritaikymas panikos sutrikimo gydymui

KET yra laikoma „auksiniu standartu“ tarp nerimo sutrikimų gydymo būdų, ypač dėl savo išsamios mokslinių įrodymų bazės ir pranašumo prieš alternatyvius gydymo būdus, tokius kaip psichodinaminė terapija [11–13]. Nors esamų įrodymų apie daugelį kitų psichoterapinių intervencijų veiksmingumą trūksta, dėl KET intervencijos sutariama vieningai - tai veiksmingas būdas gydyti panikos sutrikimą pirminės sveikatos priežiūroje [14]. Be to, KET siejama su mažiausiomis visuomenės išlaidomis [15].

Vertinant KET veiksmingumą, dažniausiai nerimo simptomų sumažėjimą galima išmatuoti naudojant psichometriškai patikimus nerimo simptomų matavimus, kurie duoda simptomų balus nuolatinėse skalėse. Rezultatas vertinamas pagal pokytį tarp įvertinimo prieš gydymą ir po gydymo [16].

KET reikšmingai sumažina panikos sutrikimo sukeltus simptomus ir su jais susijusius kintamuosius terapijos metu, o šis poveikis išlieka stebint tris mėnesius [17]. Taip pat ir įvairūs atsitiktinių imčių kontroliniai tyrimai bei metaanalizės patvirtina teigiamą ilgalaikį šios terapijos poveikį [12]. Be to, nepastebėta jokio

skirtumo tarp pacientų, kurie gavo tik KET ir tu, kurie gydėsi KET kartu su farmakoterapija. Kalbant apie gydymo atsako prognozę, tik pradiniai panikos simptomai reikšmingai prognozuoja gydymo atsaką pabaigoje (įsisenėjęs panikos sutrikimas buvo susijęs su blogesniu atsaku į KET) [17]. Svarbu paminėti ir tai, kad KET, pacientams, vyresniems nei 60 metų amžiaus, yra įmanoma, o gydymo veiksmingumo rezultatai yra panašūs ir kartais netgi pranašesni už gydomų jaunų pacientų rezultatus [18].

2020 m. atlikto tyrimo duomenimis po grupinės KET panikos sutrikimo sunkumo vertinimas 50% sumažėjo 82% pacientų gydymo pabaigoje, 98% pacientų po 24 metų stebėjimo. Laikui bėgant taip pat visi antriniai rezultatai pagerėjo. Net 93% pacientų buvo patenkinti rezultatais. Taigi, šis tyrimas atskleidė džiuginančius rezultatus, įrodančius, kad KET taikymas grupėse yra įmanomas ir, kad terapinis veiksmingumas trunka labai ilgą laiką [19]. Grupinė KET palyginus su įprastiniu gydymu (vaistai ir palaikomasis panikos sutrikimo gydymas, suteikiant pacientui bazinį mokymą apie panikos sutrikimą), sumažina panikos simptomų sunkumą [20]. Be to, ši terapijos rūšis ne tik sumažina nerimo simptomus, bet pagerina ir kitus susijusius kintamuosius, tokius kaip subjektyvi gerovė. Rekomenduojama, kad dėl geresnio pacientų ir terapeuto santykio, grupinė KET turėtų būti laikoma alternatyva individualiai KET, atliekant įprastinę sveikatos priežiūrą viešose įstaigose [21].

Taip pat vis daugiau dėmesio skiriama trumpai KET intervencijai, atsižvelgiant į veiksmingą intensyvų gydymą. Pastebėta, kad elgesio aspektai, ypač širdies ir kraujagyslių simptomų baimės valdymas, turėtų būti įtraukti į trumpą,

intensyvią KET, siekiant pagerinti terapinį veiksmingumą. Be to, tokio tipo trumpa intervencija gali būti ypač veiksminga panikos sutrikimo pacientams, kenčiantiems nuo širdies ir kraujagyslių sistemos simptomų [13].

COVID-19 pandemijos metu, KET dažnai buvo taikoma internetu. 2020 m. Australijos mokslininkų atliktoje metaanalizėje buvo iširtas internetinės kognityvinės elgesio terapijos (iKET) veiksmingumas siekiant sumažinti panikos sutrikimų ir agorafobijos simptomus. Metaanalizėje apibendrinti dvidešimt septyni tyrimai. Devynių atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų rezultatai parodė, kad iKET sumažino terapinio gydymo laukiančiųjų sąrašą ir parodė geresnį rezultatą panikos ir agorafobijos simptomų mažinimui, tačiau KET kokybė buvo įvairi ir nevienoda. Trijų tyrimų rezultatai parodė, kad iKET gali turėti panašius rezultatų kaip tiesioginė KET, mažinant panikos sutrikimo ir agorafobijos simptomus. Ši metaanalizė pateikia įrodymų, kad iKET, gydant panikos sutrikimą, yra ne tik veiksminga, bet ir nenusileidžia gyvai atliekamos KET veiksmingumui. Taigi, iKET yra tinkama naudoti panikos sutrikimo gydymui [22]. Matsumoto K. ir kt. autoriai praneša, kad su vaizdo kamera atliekama KET, pacientams per 12 mėnesių veiksmingai pagerino simptomus ir buvo ekonomiškiausias metodas Japonijoje [23]. Kiti tyrimai rodo, kad nuotoliu teikiama KET suteikia geresnius rezultatus nei visiškai šios terapijos atsisakymas, tačiau lyginant su tiesiogine KET didesniu veiksmingumu nepasižymi [24].

Kolek A ir kt. autorių 2019 m. atliktas tyrimas parodė, kad hospitalizuotų pacientų, sergančių vaistams atspariu panikos sutrikimu, po 6 savaitių intensyvios KET programos, sutrikimo

sunkumas reikšmingai sumažėjo [25]. Tačiau gydymui atspariam panikos sutrikimo gydymui turėtų būti svarstomas KET ir medikamentų derinys. Vertinant gydymo veiksmingumą atskirai antidepresantų, atskirai KET, antidepresantų ir KET kartu, geriausi rezultatai po 9 mėn. gydymo - taikant kombinuotą gydymą [26].

3.4. Kitos psichoterapijos rūšys

Lyginant KET ir į paniką orientuotą psichodinaminę psichoterapiją, mažesnis atkryčio dažnis - taikant KET. Tačiau svarbu tai, kad paciento veiksniai gali turėti įtakos ir tam, ar pacientai baigs gydymą, ir ar jie tęs tam tikrą į paniką orientuotą gydymą [27].

KET poveikis yra geresnis gydant panikos sutrikimą su agorafobija nei tarpasmeninė psichoterapija. Protokolo analizės pabrėžė gydymo skirtumus ir atskleidė didesnius poveikio dydžius KET. Abiejų gydymo būdų antrinių rezultatų sumažėjimas buvo vienodas, išskyrus agorafobinius skundus ir elgesį bei neigiamų kūno pojūčių interpretacijų patikimumo įvertinimus, kurie visi labiau sumažėjo atliekant KET [28].

Literatūroje pateikiami priėmimo pagrįsti metodai gydyti panikos sutrikimą. Nors yra tam tikrų panašumų tarp priėmimo požiūrio ir KET metodo, priėmimas nėra susijęs su jokia kognityvinio pertvarkymo forma (t.y. identifikavimu, terapinių tikslų išsikėlimu, neigiamo mąstymo korekcija bei realistiškesnio mąstymo sudarymu).

Atsitiktinių imčių klinikiniam tyrimo nebuvo pastebėtas skirtumas tarp dėmesingumu pagrįsto streso mažinimo metodo ir KET, vertinant pacientus, sergančius mišriais nerimo

sutrikimais, iš kurių vyrauja panikos sutrikimas [29].

Atrodo, kad trumpa strateginė psichoterapija yra veiksminga, nes pagerina pacientų, sergančių panikos sutrikimu, gyvenimo kokybę nuo pat pirmųjų seansų [30]. Tačiau tyrimų nėra daug ir išvis nėra tokių, kuriuose būtų lyginama ši psichoterapijos rūšis su KET.

Rasta įrodymų, patvirtinančių galimą nespecifinės palaikomosios psichoterapijos veiksmingumą gydant panikos sutrikimą; tačiau rezultatus, susijusius su šia terapija, reikėtų interpretuoti atsargiai, nes įrodymų, susijusių su šiuo gydymu, yra nedaug [31].

4. Apibendrinimas

Kognityvinė elgesio terapija yra aktyvus, orientuotas į problemas, jautrus laikui požiūris į gydymą, kurio tikslas - sumažinti emocinius pacientų, turinčių psichikos ar prisitaikymo problemų, išgyvenimus. KET reikšmingai sumažina panikos simptomus ir su jais susijusius kintamuosius terapijos metu, o šis poveikis stebint išlieka tris mėnesius.

Grupinė KET yra veiksmingas panikos sutrikimo gydymas, todėl gali būti alternatyva individualiai KET.

Nustatoma ir alternatyvių KET rūšių - trumpos KET ar internetinės KET nauda panikos atakų gydymui. Remiantis tyrimais, veiksmingiausia psichoterapijos rūšis gydant panikos sutrikimą – KET.

5. Išvados

KET yra neatsiejama panikos sutrikimo gydymo dalis. Nustatyta, kad KET tiesiogiai gali sumažinti panikos sutrikimo metu jaučiamus simptomus ir yra veiksmingesnė lyginant su kitomis psichoterapijos rūšimis. Negana to,

KET pasižymi lengvu prieinamumu, kadangi ją galima taikyti individualiai, grupėse ar net internetu. Lyginant su kitomis psichoterapijos rūšimis, didžiausias įrodymų kiekis KET pritaikymo veiksmingumui.

Literatūros sąrašas

1. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. Blackwell Publishing Inc.; 2016;33:1155–77.
2. Pompili A, Furukawa TA, Efthimiou O, Imai H, Tajika A, Salanti G. Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychol Med*. Cambridge University Press; 2018;48:1945.
3. Sivolap YP. Panic disorder: Clinical phenomena and treatment options. *Zhurnal Nevrol. i Psihiatr. Im. S.S. Korsakova*. Media Sphera Publishing Group; 2017. p. 112–6.
4. Johnson PL, Federici LM, Shekhar A. Etiology, triggers and neurochemical circuits associated with unexpected, expected, and laboratory-induced panic attacks. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;46:429–54.
5. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. Lippincott Williams and Wilkins; 2015;30:183–92.
6. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am. Fam. Physician*. 2015 May.
7. Asmundson GJG, Taylor S, Smits JAJ. Panic

- disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depress. Anxiety*. Blackwell Publishing Inc.; 2014. p. 480–6.
8. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane database Syst Rev*. John Wiley & Sons, Ltd; 2016;4:CD011004–CD011004.
9. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012;36:427–40.
10. Benjamin CL, Puleo CM, Settipani CA, Brodman DM, Edmunds JM, Cummings CM, et al. History of Cognitive-Behavioral Therapy in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20:179–89.
11. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun;19(2):93-107.
12. Polak M, Tanzer NK, Bauernhofer K, Andersson G. Disorder-specific internet-based cognitive-behavioral therapy in treating panic disorder, comorbid symptoms and improving quality of life: A meta-analytic evaluation of randomized controlled trials. *Internet Interv*. Elsevier; 2021;24:100364.
13. Lim J-A, Irene Lee Y, Hwan Jang J, Choi S-H. Investigating effective treatment factors in brief cognitive behavioral therapy for panic disorder. 2018;
14. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*. 2015 May 1;91(9):617-24.
15. van Apeldoorn FJ, Stant AD, van Hout WJ, Mersch PP, den Boer JA. Cost-effectiveness of CBT, SSRI, and CBT+SSRI in the treatment for panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 Apr;129(4):286-95.
16. Sigurvinsdóttir AL, Jensínudóttir KB, Baldvinsdóttir KD, Smáráson O, Skarphedinsson G. Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. 2020 Apr;74(3):168-180.
17. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, López-Montoyo A, Zabaleta-Del-Olmo E, Cuijpers P. Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychol Med*. 2018 Jul;48(9):1427-1436.
18. Hendriks GJ, Kampman M, Keijsers GP, Hoogduin CA, Voshaar RC. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia in older people: a comparison with younger patients. *Depress Anxiety*. 2014 Aug;31(8):669-77.
19. Bilet T, Olsen T, Andersen JR, Martinsen EW. Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. *BMC Psychiatry*. 2020 May 24;20(1):259.
20. Choi YS, Lee EJ, Cho Y. The effect of Korean-group cognitive behavioural therapy among patients with panic disorder in clinic settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017 Feb;24(1):28-40.
21. Mastrocinque C, De Wet D, Fagiolini A. Psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo per il disturbo di panico con e senza agorafobia: uno studio di efficacia [Group cognitive-behavioral therapy for panic disorder

with and without agoraphobia: an effectiveness study]. *Riv Psichiatr.* 2013 May-Jun;48(3):240-51. Italian.

22. Stech EP, Lim J, Upton EL, Newby JM. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther. England*; 2020;49:270–93.

23. Matsumoto K, Hamatani S, Nagai K, Sutoh C, Nakagawa A, Shimizu E. Long-Term Effectiveness and Cost-Effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, and Social Anxiety Disorder in Japan: One-Year Follow-Up of a Single-Arm Trial. *JMIR Ment Heal. JMIR Publications Inc.*; 2020;7.

24. Efron G, Wootton BM. Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord. Netherlands*; 2021;79:102385.

25. Kolek A, Prasko J, Ociskova M, Holubova M, Vanek J, Grambal A, Slepecky M. Severity of panic disorder, adverse events in childhood, dissociation, self-stigma and comorbid personality disorders Part 2: Therapeutic effectiveness of a combined cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy in treatment-resistant inpatients. *Neuro Endocrinol Lett.* 2019 Dec;40(6):271-283.

26. Chen MH, Tsai SJ. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry. Elsevier*; 2016;70:219–26.

27. Keefe JR, Chambless DL, Barber JP, Milrod BL. Predictors and moderators of treatment dropout in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder.

Psychother Res. Psychother Res; 2021;31:432–42.

28. Vos SPF, Huibers MJH, Diels L, Arntz A. A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for panic disorder with agoraphobia. *Psychol Med. Psychol Med*; 2012;42:2661–72.

29. Hayes S, Pankey, J. Acceptance. In: *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*, O'Donohue, W, Fisher, J, Hayes, S (Eds), John Wiley & Sons, Hoboken, NJ 2003. p.4.

30. Iengo A. Brief strategic therapy in panic disorder treatment. *Psychiatr Danub.* 2020;32:75–8.

31. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev. John Wiley and Sons Ltd*; 2016 Apr 13;4(4):CD011004.