

# KOGNITIVNI PROCESI I KOGNITIVNO -BIHEJVORALNI TRETMAN PANIČNOG POREMEĆAJA

Borjanka Batinić<sup>1,2</sup>  
Tatjana Vukosavljević-Gvozden<sup>2</sup>

UDK: 616.891.6-08

- 1 Klinika za psihijatriju, Klinički Centar Srbije, Beograd
- 2 Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu, Odeljenje za psihologiju

---

Rad je predstavljen kao usmeno izlaganje na XL Edukativnom simpozijumu Klinike za psihijatriju KCS "Spektar anksioznih poremećaja-Izazov savremenog doba", održanom od 25-26. oktobra, 2012g. u Beogradu.

## Kratak sadržaj

Poremećene kognicije (uključujući pažnju, memoriju, maladaptivne kognicije i meta-kognicije) i kognitivni procesi (mehanizmi koji stoje u pozadini kognicija koje su uključene u detekciju, dešifrovanje, pohranjivanje, povratak i korišćenje informacija) imaju značajnu ulogu u održavanju i etiologiji "reakcije alarma" karakteristične za panični poremećaj. Visoko izražena anksiozna senzitivnost, anksioznost oko "nadolazeće opasnosti", anksiozno iščekivanje i izraženo ponašanje traženja sigurnosti formiraju začarani krug panične anksioznosti. Distorzije u kognicijama i kognitivnim procesima (preceanjivanje mogućnosti dešavanja pretećih događaja, upaničavajuće kognicije, potceanjivanje mogućnosti prevladavanja i mogućnosti izbjavljenja) prave značajnu razliku između osoba sa paničnim poremećajem i neanksioznih osoba.

Kognitivno-bihejvioralna terapija usmerana na poremećene kognitivne procese pokazala je visoku efikasnost u lečenju paničnog poremećaja i kompleksna je mešavina edukacije, tehnika verbalne kognitivne restrukturacije, modifikacije imaginacije, manipulacije pažnjom, ekspozicije na anksiozene stimuluse, modifikacije ponašanja izbegavanja, itd. Iako kognitivno-bihejvioralni tretman paničnog poremećaja pokazuje visoke stope uspeha, takodje visoke stope relapsa i hroniciteta ukazuju na ulogu karakteristika ličnosti obolelih u održavanju poremećaja, i neophodnost da poremećeni kognitivni procesi koji proističu iz personalnih karakteristika takodje budu cilj psihoterapijskih intervencija.

U radu su prikazani rezultati istraživanja autora i saradnika o profilima ličnosti pacijenata sa paničnim poremećajem i kontrolne grupe obolelih od distimije i zdravih ispitanika (N=120), koji su ukazali na globalno povećanje skala neuroskog trijasa (D-Hs-Hy) (Depresija-Hipohondrijaza-Histerija). Diskutovana je implikacija ovakvih nalaza na kognitivne procese i predstavljene su kognitivno-bihejvioralne intervencije usmerene na kognitivne distorzije koje proističu iz bazičnih karakteristika ličnosti obolelih od paničnog poremećaja.

**Ključne reči:** kognitivni procesi, kognitivno-bihejvioralna terapija, panični poremećaj

## UVOD

Glavna karakteristika paničnog poremećaja je prisustvo povratnih, neočekivanih napada panike kao jedno od najneprijatnijih emocionalnih iskustava koje čovek može doživeti. Kognitivne teorije paničnog poremećaja postuliraju da panični napadi nastaju iz tendencije da se bezopasni telesni simptomi pogrešno interpretiraju kao neposredna opasnost [1, 2]. Glavna briga obolelih je osećanje nemogućnosti kontrole afektivnih, fizičkih i bihevioralnih simptoma [3]. Osoba se plaši gubitka kontrole i sopstvenog osećanja bespomoćnosti. Osećanje bespomoćnosti proizilazi iz doživljaja uhvaćenosti u opasnu i fizički preplavljajuću situaciju. Kada anksioznost postane intenzivna, osoba počinje da katastrofizira ("Umreću!", "Poludeću!", "Imaću srčani napad!"). U odgovor na kognitivne katastrofične interpretacije telesnih senzacija oboleli od paničnog poremećaja doživljavaju povišene nivoe autonomnog uzbudjenja, što vodi daljem povećanju misli koje provociraju anksioznost (uključujući i anticipatorni strah oko sopstvene vulnerabilnosti), održavajući začarani krug koji kulminira paničnim napadima.

### KOGNITIVNI PROCESI KOD PANIČNOG POREMEĆAJA

Sumirajući kognitivne etiološke modele paničnog poremećaja, Fava i Morton [4] su istakli pet glavnih elemenata nastanka i odražavanja panike:

1. Većina teorija postulira određenu senzitivnost (genetika u kombinaciji sa ranim averzivnim događajima ili traumom). Ova komponenta se različito označava kao niski prag za anksioznost, visoka osetljivost na anksioznost, senzi-

tivna mreža straha, "anksiozna neuroza", nizak prag sufokacionog alarma.

2. Postoji nekoliko načina uticaja na ovu senzitivnosti: medikacijom, ali selektivno i bez dejstva na sve delove sistema, pa su česti relapsi nakon prekida medikacije; kognitivno, reprogramiranjem naučene opasnosti ili poboljšanjem samoeфикаsnosti što utiče na kognitivne interpretacije [5]. U revidiranoj neuroanatomskoj hipotezi paničnog poremećaja Gorman i sar. [6] su hipotezirali da pacijenti sa paničnim poremećajem nasledjuju posebno senzitivne centre za strah u CNS sa središtem u centralnom nukleusu amigdala koji uključuju hipokampus, talamus i hipotalamus, kao i periakveductalnu sivu masu, lokus ceruleus i druge centre u moždanom stablu. Medikacija, kao SSRI, može redukovati panične napade snižavajući aktivnost amigdala i redukujući stimulaciju projekivnih centara u hipotalamusu i moždanom stablu. Kada su sniženi fiziološki simptomima anksioznosti, sekundarno dolazi do redukcije anticipatorne anksioznosti i fobičnog izbegavanja. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) deluje ushodno od amigdala redukujući fobično izbegavanje putem razuslovljavanja straha naučenog na nivou hipotalamusa i snižavajući kognitivne pogrešne interpretacije i preterane emocionalne reakcije jačanjem sposobnosti medijalnog prefrontalnog korteksa da inhibira amigdala. Govoreći jezikom biološke psihijatrije, KBT ima potencijal da modifikuje disfunkcionalna neuralna kola povezana sa paničnim napadima, jačajući sposobnost medijalnog prefrontalnog korteksa da inhibira aktivnost amigdala pod medijacijom hipokampusa, izazivajući inhibiciju različitih naučenih reakcija [7]. Aktuelni KBT tretmani sadrže iste opšte terapijske komponente koje

poboljšavaju sposobnost sistema da se sam kognitivno reguliše.

3. Postoje dve vrste sredinskih uticaja: specifični, koji uključuju neadekvatne interpersonalne relacije sa roditeljima koji vode problemima emocionalnog vezivanja. Takođe postoje više opštiji "averzivni životni događaji" i više specifičniji "kritični događaji" koji vode "naučenoj opasnosti" u nekim kognitivnim modelima [6]. Takođe, određeni životni stil olakšava razvoj paničnog poremećaja kao fizičko vežbanje, pijenje, pušenje, veštine prevladavanja, dijetetski režim, a takođe i vremenski uslovi mogu imati parcijalnu ulogu u razvoju paničnog poremećaja [8,9]. Ovi faktori deluju podstičući ili biološke ili kognitivne faktore.

4. Postoji nekoliko stanja ili crta koje koje se ubrajaju u senzitivnost kod određenih ljudi. To uključuje nisku samoefikasnost koja po Casey i sar. [5] sama po sebi može voditi povećanju uzbuđenja koje okida panični napad. U nekim slučajevima tu je i "naučena opasnost" koja po kognitivnim teorijama ima istu funkciju kao asocijacija "konteksta sa paničnim napadima" [6].

5. Sve kognitivne teorije zahtevaju okidače, spoljašnje ili unutrašnje za iniciranje paničnih napada. Spoljašnji okidači mogu biti događaji koji podsećaju na traume iz prošlosti, ili kontekst takvih događaja. Unutrašnji okidači mogu biti i generalizovana anksioznost, koja okida pozitivnu povratnu spregu koja se održava bez kognitivne medijacije, ili neki specifični autonomni događaj koji se pogrešno interpretira.

Fava i Morton [4] su predložili kombinovanu kognitivnu teoriju paničnog poremećaja po kojoj osobe koje će razviti panični poremećaj imaju kombinaciju *niske samoefikasnosti* (proizašle iz ranih

problema emocionalnog vezivanja, kao što je sugerisao Bowlbi (Bowlby) [10]), *visoke anksiozne senzitivnosti* (nastale iz genetske predispozicije ili problema emocionalnog vezivanja) i *naučene opasnosti* (nastale iz nekog ranog značajnog događaja). Zajedno, oni čine pozadinu začaranog kruga, koji se aktivira na provocirajuće faktore koji mogu biti spoljašnji ili unutrašnji (npr. niska samoefikasnost koja vodi povećanju novoa uzbuđenja, vodeći telesnim senzacijama koje su okidaci začaranog kruga). Dozvoljava se mogućnost da krug funkcioniše i bez katastrofičnih pogrešnih interpretacija [11].

Pacijenti sa paničnim poremećajem imaju na desetine napada panike u kojima su mislili da će umreti, ali uprkos suprotnim činjenicama ne menjaju svoje mišljenje. Ako unutrašnje telesne senzacije nisu opasne kao što pacijent pretpostavlja, zašto oboleli od panike to ne primete i ne koriguju svoje mišljenje? Odgovor zašto se pogrešna verovanja paničnih pacijenata održavaju leži u specifičnostima kognitivnih procesa koji održavaju poremećaj [12].

## Pažnja

Više autora je sugerisalo da selektivna pažnja usmerena na preteće znake može igrati ulogu u održavanju anksioznosti [3,13-16]. Pacijenti sa paničnim poremećajem obično imaju veliki broj medicinskih ispitivanja koja ukazuju da nemaju somatsko oboljenje, ali oni nisu ubedjeni. Jedan od razloga može biti da ih njihovi strahovi teraju da fokusiraju pažnju na telo i kao rezultat postaju svesni benignih telesnih senzacija koje dugi ljudi ne primećuju. Prisustvo ovakvih senzacija se interpretira kao znak da je

ozbiljno telesno oboljenje nedijagnostikovano. Pacijenti sa paničnim poremećajem više registruju otkucaje srca nego kontrolna grupa [17].

### Memorijski procesi

Pacijenti sa paničnim poremećajem selektivno se prisećaju informacija koje se čine da potvrđuju njihove najgore strahove. Brojne studije su potvrdile povećanje eksplicitne (svesne) i implicitne (nesvesne) memorije za opasnost kod pacijenata sa paničnim poremećajem, tj. da su u memoriji ovih osoba telesne senzacije povezane sa katastrofičnim ishodom [18-20]. Postavlja se pitanje da li ovo povišeno memorisanje opasnosti nastaje nakon paničnih napada ili je postojalo i pre i predstavlja faktor rizika za nastanak panike? Odgovor možda leži u anksioznoj senzitivnosti.

### Anksiozna senzitivnost

Anksiozna senzitivnost je ustanovljena kao kognitivni faktor rizika za razvoj paničnog poremećaja [21, 22] i odnosi se na strah od senzacija koje su u vezi sa anksioznošću, nastao iz verovanja o njihovim štetnim fizičkim, kognitivnim ili socijalnim posledicama. Osobe sa povišenom anksioznom senzitivnošću pojačavaju odgovor na anksiozene stimulse i smatraju sopstvene anksiozne simptome posebno averzivnim. Tako, anksiozna senzitivnost ima posebnu ulogu u nastanku i održavanju anksioznih poremećaja, posebno paničnog poremećaja [23]. Iako povišena anksiozna senzitivnost može biti povezana sa katastrofičnom interpretacijom telesnih senzacija, ona predsta-

vlja širi koncept jer prema teoriji anksiozne senzitivnosti nije neophodno da se simptomi pogrešno interpretiraju da bi bili visoko averzivni. Mek Nally (McNally) je spekulisao da prisustvo "pozitivnih predrasuda" može zaštititi ljude sa visokom anksioznom senzitivnošću od razvoja paničnog poremećaja (npr. visoka samoefikasnost) [22].

### Kognitivni stil doživljaja nadolazeće opasnosti

Kognitivni stil doživljaja nadolazeće opasnosti opisan je kao široka i proživljavajuća kognitivna tendencija da se pretnja u raznim situacijama procenjuje kao progresivno pogoršavajuća, rizičnija ili aktivno ubrzavajuća. Sastoji se od mentalnih reprezentacija (primarno zasnovanih na slikama) razvojnog napredovanja potencijalne pretnje tokom vremena [24-27]. Kognitivni stil doživljaja nadolazeće opasnosti pretpostavljen je kao jedinstveni kognitivni faktor rizika za anksioznost, ali ne i za depresiju, koji funkcioniše kao shema opasnosti [27-29]. Posledično, za individue koje razvijaju ovaj kognitivni stil je verovatnije da imaju teškoće u navikavanju na moguće pretnje, pokazuju povišenu vigilnost i anksioznost, imaju osećaj hitnosti, imperativnu potrebu za akcijom i prekomerno koriste kognitivne i bihejvioralne strategije izbegavanja [27].

### Spontana imaginacija

Spontana imaginacija u kojoj pacijent "vidi" svoje strahove realizovanim je veoma jak izvor informacija i igra važnu ulogu u uvećavanju percepcije pretnje. Slike fizičke i mentalne kata-

strofe (srčani - napad, gubitak kontrole) su česte među paničnim pacijentima [30, 31].

### Ponašanje traženja sigurnosti

Salkovski je je definisao ponašanje traženja sigurnosti kao "ponašanje koje se izvodi u cilju da se prevenira ili minimizira očekivana katastrofa" i sugerisao da ovakvo ponašanje često objašnjava zašto odsustvo očekivane katastrofe ne menja pacijentova negativna verovanja (npr. u slučaju pacijenta sa paničnim napadima, zbog toga što svaki put kada ima napad pacijent sedne, uspori disanje ili pozive pomoć, on pogrešno veruje da ga je takvo ponašanje spasilo smrti) [32].

### Samoefikasnost

Anksioznost je povezana ne samo sa precenjivanjem pretnje usled pristranosti u procesiranju informacija, već je i pod uticajem potcenjivanja sopstvene sposobnosti prevladavanja i bezbednosti okruženja [33]. Casey i sar. u "Integrativnom kognitivno modelu paničnog poremećaja", ukazuju da su ne samo katastrofične pogrešne interpretacije telesnih senzacija značajne u održavanju paničnog poremećaja već i da nivo samoefikasnosti nezavisno doprinosi medijaciji kognicija koje učestvuju u održavanju sekvencijanih i ponavljajućih procesa kod paničnog poremećaja [5]. Nizak nivo samoefikasnosti doprinosi povišenju fiziološkog uzbuđenja koje vodi paničnom začaranom krugu. Tako, samoefikasnost može uticati na regulaciju psihofizioloških procesa. Glavni cilj terapije baziran na ovom modelu je izgradnja samoefikasnosti.

Samoefikasnost utiče ne samo na drugačija opažanja početne pretnje paničnog začaranog kruga već i ostalih faza. Pozitivne kognicije mogu uticati na telesne manifestacije i katastrofične interpretacije.

### Metakognicije

Termin metakognicija uveo je Favell i odnosi se na "mišljenje o sopstvenom mišljenju", tj. svesnost o našim sopstvenim kognitivnim procesima i sposobnost da ih doživimo i regulišemo [34]. Proces kognitivne kontrole kod anksioznih poremećaja premešta se sa kontrole pažnje na kontrolu intruzivnih misli. U studiji Cucchi i sar. pacijenti sa paničnim poremećajem su u odnosu na zdravu kontrolu imali više negativnih verovanja u vezi brige, nemogućnost kontrole brige i opasnosti brige, kao i verovanja o potrebi kontrole misli, i ova negativna verovanja u vezi brige su pozitivno korelirala sa intenzitetom anticipatorne anksioznosti [35]. Sumirano, poremećeni kognitivni procesi stvaraju sledeće najčešće kognitivne distorzije:

1. Sve ili ništa razmišljanje: vidjenje stvari u ekstremima (dihotomno mišljenje).
2. Preterana generalizacija: donošenje globalnih zaključaka na osnovu pojedinačnog ili malog broja slučajeva.
3. Selektivna apstrakcija: fokusiranje na pojedinačne, negativne aspekte događaja, dok se odbacuju informacije koje su u suprotnosti sa tim.
4. Katastrofiziranje: uvećavanje verovatnoće i težine negativnog ishoda.
5. Emocionalno rezonovanje: pacijent zaključuje da je nešto "činjenica" bazirano na tome kako se oseća.

Postavljajući pitanje da li su interpretacione predrasude kod osoba sa paničnim poremećajem usmerene samo na self ili su globalne, Rosmarin i sar. [36] su u svojoj studiji ukazali da je tendencija da se pogrešno interpretiraju panične senzacije limitirana na self i da nije proširena na to kako drugi interpretiraju iste senzacije. Specijalno, pacijenti sa paničnim poremećajem su u odnosu na neanksiozne subjekte više interpretirali dvosmislene telesne senzacije vezane za napade panike kao znak neposredno preteće fizičke (npr. srčani napad ili onesveščivanje) ili mentalne katastrofe (ludilo ili gubitak emocionalne kontrole), ali ne veruju da bi drugi imali slične interpretacije istih senzacija. Ovaj nalaz ima značajne implikacije za tretman paničnog poremećaja. Prvo, kognitivnu restrukturaciju paničnog poremećaja bi trebalo primarno fokusirati na kognicije koje se tiču pacijentovog sopstvenog doživljava panike. Onda bi te kognicije trebalo uporediti sa iskustvom drugih o istim telesnim senzacijama. Pitanje da li je realno da su simptomi opasni za osobu, ali ne i za druge može biti veoma korisna terapijska strategija, kao i ekspozicija na sopstvene interoceptivne sadržaje koja olakšava učenje da su sopstvene senzacije bezopasne.

## KOGNITIVNO-BIHEJVORALNA TERAPIJA PANIČNOG POREMEĆAJA

Generalno, kognitivno-bihejvoralni protokol za panični poremećaj se sastoji od 12-15 seansi kognitivnih i bihejvorálnih intervencija. Poslednja sesija je posvećena konsolidaciji uspeha i naporima da se prevenira relaps. Pre-

vencija relapsa putem korišćenja tehnika koje je pacijent uspešno koristio obezbeđuje da neće izbegavati ekspoziciju osećajući se dobro sam sa sobom [37, 39].

### a) Kognitivne tehnike

Psihoedukacija o paničnim napadima spada među prve intervencije u tremanu. Pacijent se uči osnovnim pretpostavkama kognitivnog modela i kognitivne terapije da misli utiču na emocije i ponašanje, i da u slučaju paničnog poremećaja anksioznosti i panika mogu biti posledice pogrešnih interpretacija telesnih senzacija. Prezentuje se Clarkov model paničnog poremećaja ili Elisova ABC shema emocionalnih poremećaja (A-aktivirajući događaj, npr. neka telesna senzacija; B-sistem uverenja, npr. interpretacija da ubrzani rad srca znači mogući infarkt; C-emocije i ponašanje, tj. napad paničnog straha i sledstveno ponašanje traženja sigurnosti) [1, 40]. Pacijent se uči tehnikama prevladavanja anksioznosti (abdominalno disanje i muskularna relaksacija) ukoliko se ove tehnike koriste. Sledi identifikacija iracionalnih i katastrofičnih inerpertacija fizičkih senzacija anksioznosti i verovanja o beznadežnosti i nesposobnosti da se izadje na kraj i upravlja sa anksioznošću i panikom. Cilj kognitivne terapije je restrukturacija ovakvih katastrofičnih misli. U tretmanu, od pacijenata se traži da tretiraju svoje misli kao hipoteze ili pretpostavke. Trenira se identifikacija automatskih katastrofičnih misli povezanih sa anksioznošću i panikom. Nakon identifikacije misli u sesiji, od pacijenta se traži da opaža i kontroliše svoje misli, identifikuje lo-

gičke greške vezane za katastrofične interpretacije, i da stvara racionalnije misli. Pažnja se poklanja na precenjivanje mogućnosti negativnog ishoda (npr. "Ako se moja vrtoglavica pogorša, onesvestiću se!") i precenjivanje stepena katastrofičnosti ishoda (npr. "Ako se ikada onesvestim, to bi bilo nepodnošljivo!"). Ove negativne misli se često menjaju Sokratovskim pitanjima ("Da li je logično to što mislite?", "Čemu vam služi takvo razmišljanje?," "Kako bi trebalo da mislite da bi se osećali manje uplašeno?"), ili u formi specijalnih bihejvioralnih eksperimenata dizajniranih da pomognu pacijentu da ispita tačnost anksiozenih predviđanja u aktuелnoj situaciji. Po istom principu tretiraju se i metakognicije, odnosno samoporažavajuće mišljenje o sopstvenom mišljenju koje stvara sekundarni emocionalni poremećaj.

## b) Bihejvioralne tehnike

### *Interoceptivna ekspozicija*

Interoceptivna ekspozicija ima za cilj korekciju katastrofičnih interpretacija telesnih simptoma koje pacijent oseća kao deo anticipatorne anksioznosti ili paničnih napada. Sa interoceptivnom ekspozicijom, pacijent dobija iskustvo u kome mu telesne senzacije postaju komfornije. Ova ekspozicija se izvodi kroz namernu provokaciju simptoma putem fizičkih vežbi. Npr. osećaj vrtoglavice može biti izazvan okretanjem u stolici, ili se parestezije, derealizacija ili vrtoglavice mogu izazvati minutom hiperventilacije. Uz trening da se postane tolerantan na ove senzacije (gde se pacijent uči da toleri-

še ove senzacije kao čudne ili neprijatne, pre nego zastrašujuće), interoceptivna ekspozicija omogućava direktno otkrivanje automatskih misli i katastrofičnih interpretacija povezanih sa fizičkim simptomima i njihovu korekciju. Interoceptivna ekspozicija može biti priprema za ekspoziciju u živo. Intervencije interoceptivne ekspozicije se tipično predstavljaju u seansi, izvode bar dva puta sa terapeutom i pacijentom zajedno, sa pružanjem pomoći pacijentu da ne čini ništa da bi kontrolisao ili minimizirao senzacije. Zatim se izvode domaći zadaci sa vežbanjem, da bi se pacijent u sledećoj nedelji "dosadjivao" pri izvodjenju zadataka. Interoceptivna ekspozicija je priprema za ekspoziciju u živo.

### *Ekspozicija u živo*

Ekspozicija u živo je glavna intervencija koja se primenjuje da bi se prevazišlo agorafobijsko izbegavanje. Pacijent treba da napravi listu situacija ili mesta koje izbegava zbog straha, i da zabeleži nivo anksioznosti i automatske misli koje se javljaju u tim situacijama. Lista treba da je sastavljena hijerarhijski prema stepenu teskoće prilikom suočavanja sa datom situacijom. Nivo ekspozicije treba da je izazovan, ali ne preplavljujući, tj. ekspozicija u živo se započinje sa situacijama koje izazivaju manje anksioznosti i sa kojima je pacijent spreman da se suoči. Da bi bila efikasna ekspozicija treba da se prolongira u vremenu (ostajanje u situaciji najmanje dva puta duže nego što je potrebno da se u njoj oseća komforno, da se često ponavlja, određeni nivo anksioznosti treba da se oseća za vreme izvršenja zadataka, i potrebno

je da se nadzire i od strane pacijenta i terapeuta). Zavisnost od bliskih osoba koje ulivaju sigurnost je vrlo čest problem kod pacijenata sa paničnim poremećajem i ima za posledicu gubitak autonomije, pored gubitka funkcionalnosti i smanjenja samopoštovanja. Bliske osobe mogu biti uključene u određene faze tretmana da bi pomogle ekspoziciju, ali se pacijent ohrabruje da ide na mesta gde nisu išli zajedno da bi povratio autonomiju.

## KOGNITIVNO-BIHEJVORALNA TERAPIJA DISFUNKCIONALNIH CRTA LIČNOSTI KOD OSOBA SA PANIČNIM POREMEĆAJEM

Nezavisno od aktuelnog stanja panike, stabilne crte ličnosti takodje utiču na procesiranje informacija i dodatni su izvor visokih stopa relapsa i hroniciteta paničnog poremećaja, ukazujući da u tretmanu paničnog poremećaja moramo uzeti u obzir i uticaj crta ličnosti koje predisponiraju osobu za određena stanja emocija i procesiranje informacija. U studiji Batinić, Vukosavljević-Gvozden i Šaula-Marojević o MMPI psihološkim profilima pacijenata sa paničnim poremećajem i kontrolne grupe distimičnih i zdravih subjekata (N=120), dobijeno je značajno povišenje predominantno skala neurotskog trijasa (D-Hs-Hy) (Depresija-Hipohondrijaza-Histerija) [41]. Ovakav psihološki set ukazuje na osobe sa niskom tolerancijom na frustracije koje na stresore reaguju destabilizacijom, bespomoćnošću, bežanjem u bolest i izraženom zavisnošću od drugih. Ovi

nalazi su u skladu sa opisom “generalnog neurotskog sindroma” Tyrera i sar. kao kombinaciji anksioznosti, depresije i zavisnog poremećaja ličnosti koji su autori opisali kao personalnu vulnerabilnost za razvoj anksioznosti i depresije, i naglasili da je njegova izraženost u pozitivnoj korelaciji sa trajanjem poremećaja i prognozom [42]. U kognitivno-bihejvioralnom tretmanu paničnog poremećaja tehnikom “vodjenog otkrića” dolazi se preko površnijih, automatskih misli do bazičnih shema ili visoko personalizovanih, idiosinkratskih sadržaja koji određuju osećanja, kognicije i ponašanje. Npr. kod zavisnih crta ličnosti tehnikom “vodjenog otkrića” doseže se i raspravlja bazično uverenje “Trebaju mi drugi ljudi, neka jaka osoba da bih preživeo. Ako me napusti, umreću”; kod histrioničnih “Trebaju mi drugi ljudi da mi se dive da bih bio srećan, i ako nije tako moj život je užasan”; izbegavajućih “Moram da izbegnem neprijatne situacije po svaku cenu”; ili opsesivnih “Trebaju mi red, sistem i pravila da bih opstao, i ako toga nema sve će se raspasti”, itd. Shematskom reinterpretacijom, restrukturacijom i sledstvenim bihejvioralnim tehnikama kojima se uvrđuje novi, racionalniji, logičniji i korisniji materijal, dolazi se do povećanja tolerancije na frustracije, poboljšanja samoeфикаsnosti i usvajanja adekvatnijeg odnosa prema sebi, drugim ljudima i okruženju, kao i bezuslovno prihvatanje sebe kao nesavršenog, ali prihvatljivog ljudskog bića. Time se smanjuje osetljivost na stresore kao okidače mogućih budućih napada panike.



# COGNITIVE PROCESSES AND COGNITIVE- BEHAVIORAL TREATMENT OF PANIC DISORDER

Borjanka Batinić<sup>1,2</sup>  
Tatjana Vukosavljević-Gvozden<sup>2</sup>

- 1 Clinic of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
- 2 Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Department of Psychology, Belgrade, Serbia

---

This article is presented as an oral presentation at the XL educative symposium of the Clinic of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, on “Spectrum of anxiety disorders-Challenges of a new age”, held from 25-26 October, 2012 in Belgrade.

## Summary

Disturbed cognitions (including attention, memory, maladaptive cognitions and meta-cognitions) and cognitive processes (mechanisms that underlie cognitions which are involved in the detection, decoding, storage, retrieval and use of information) have an important role in the maintenance and etiology of “alarm reactions”, a characteristic of panic disorder. High anxiety sensitivity, looming anxiety, anxiety apprehension and safety-seeking behavior lead to a vicious circle of panic anxiety. Distortions in cognitions and cognitive processes (underestimating the probability of feared events, panicking cognitions, and underestimating of coping and escaping opportunities) indicate a significant difference between those with panic disorder and non-anxiety subjects. Cognitive-behavioral therapy, focused on disturbed cognitive processes, has shown high efficacy in the treatment of panic disorder and involves a complex mix of education, techniques of verbal cognitive restructuring, modification of the imagination, attention manipulation, exposure to anxiety-provoking stimuli, and modification of avoidant behavior. Although cognitive-behavioral treatment of panic disorder shows high rates of efficacy, high relapse rates and chronicity point to the role of personality characteristics in maintaining the disorder, and suggest the need for disturbed cognitive processes, stemming from such personality characteristics, to also be the target of psychotherapeutic intervention. In the article, results of the study of the author et al. on personality profiles of panic disorder patients and control groups of dysthymic disorder and healthy controls (n=120) are shown, which indicate a global increase in neurotic triad scales (D-Hs-Hy). The implications of such results on cognitive processes, as well as cognitive-behavioral interventions directed to cognitive distortions which stem from basic personality characteristics of panic disorder patients, are discussed.

**Key words:** cognitive processes, cognitive-behavioral therapy, panic disorder

## Literatura:

1. Clark DM. A cognitive model of panic. *Behavior Research and Therapy* 1986; 24:461-70.
2. Rachman S. Psychological treatment of panic: Mechanisms. In: Wolfe BE, Maser JD, editors. *Treatment of panic disorder: A consensus development conference*. Washington DC: America Psychiatrist Press; 1994.p. 133-48.
3. Beck AT , Emery G,Greenberg R. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books: New York; 1985.
4. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories.*Clinical Psychology Review* 2009; 29 : 623–37.
5. Casey ML, Oei PS, Newcombe AP. An integrative cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review* 2004; 24:529-55.
6. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. *Neuroanatomical Hypothesis of Panic Disorder, Revised*. *Am J Psychiatry* 2000; 157:493-505.
7. de Carvalho MR, Rosenthal M, Nardi AE. *World J Biol Psychiatry* 2010 ;11:188-98.
8. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of American Medical Association* 2000; 284: 2348-51.
9. Kaiya H, Umekage T, Harada S, Okazaki Y, Sasaki T. Factors associated with the development of panic attack and panic disorder: Survey in the Japanese population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 59 (2): 177-82.
10. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. II. New York: Basic Books; 1973.
11. McNally RJ, Hornig CD, Hoffman EC, Han EM. Anxiety sensitivity and cognitive biases for threat. *Behavior Therapy*, 1999: 30 (1): 51-61.
12. Clark DM. Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37:5-27.
13. Eysenck MW. *Anxiety: the cognitive perspective*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
14. Eysenck MW. *Anxiety and cognition: a unified theory*. Hove: Psychology Press; 1997.
15. Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, Mathews A. *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley; 1998.
16. Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, Mathews A. *Cognitive psychology and emotional disorders*. New York: Wiley; 1997.
17. Ehlers A, Breuer P. Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101:371-82.
18. Lundh LG, Czyzykow S, Ost LG. Explicit and implicit memory bias in panic disorder with agoraphobia. *Behav res Ther* 1997; 35 (11): 1003-14.
19. Amir N, McNally RJ, Riemann BC, Clements C. Implicit memory bias for threat in panic disorder: application of the "White noise "paradigm. *Behav Res Ther* 1996; 34 (2):157-62.
20. Becker E, Rinck M, Margaf J. Memory bias in panic disorder. *J Abnorm Psychol* 1994; 103 (2):396-9.
21. Reiss S, McNally RJ. The expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR ,editors. *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. Academic Press: New York;1985.
22. McNally RJ. Anxiety sensitivity and information-processing biases for threat. In: Taylor S, editor. *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p. 183-197.
23. Cox B J, Borger SC, Enns MW. Anxiety sensitivity and emotional disorders: psychometric studies and their theoretical implications. In: Taylor S, editor. *Anxiety sensitivity: theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum; 1999. p. 115-148.
24. Riskind JH. Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. *Behavior Research and Therapy* 1997; 35 (5): 386–404.

25. Riskind JH, Williams NL, Gessner T, Chrosniak LD, Cortina J. The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology* 2000; 79:837-52.
26. Riskind JH, Williams NL, Joiner TE. The looming cognitive style: a cognitive vulnerability for anxiety disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25: 779–801.
27. Riskind JH, Williams NL. A unique vulnerability common to all anxiety disorders: The looming maladaptive style. In : Alloy LB, Riskind JH, editors. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. New Jersey: Erlbaum; 2006.
28. Black D, Riskind JH, Kleiman EM. Lifetime history of anxiety and mood disorders predicted by cognitive vulnerability to anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2010; 3: 215-27.
29. Adler AD, Strunk DR. Looming maladaptive style as a moderator of risk factors for anxiety. *Cognitive Therapy and Research* 2010; 34:59-68.
30. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
31. Ottaviani R, Beck AT. Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 1987; 1:15-28.
32. Salkovskis PM. Phenomenology, assessment, and the cognitive model of panic. In: Rachman S, Maser JD, editors. *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. p. 111-36.
33. Rhyner KT. *Social and Physiological Cognates of Looming Vulnerability to Anxiety*. Williamsburg, VA: The College of William and Mary; 2010.
34. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist* 1979; 34:906–11.
35. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Compr Psychiatry* 2012;53(5):546-53.
36. Rosmarin DH, Bourque LM, Antony MM, McCabe RE. Interpretation Bias in Panic Disorder: Self-Referential or Global? *Cogn Ther Res* 2009; 33:624–32.
37. Hofmann SG, Reinecke MA. *Cognitive-behavioral Therapy for Adults: A guide to Empirically-informed Assessment and Interventions*. Cambridge University Press; 2010.
38. Beck JS. *Focused Cognitive Therapy for Panic Disorder*. Center for Cognitive Therapy. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1992.
39. Warren R, Zgourides GD. *Anxiety Disorders: A Rational-Emotive Perspective*. Pergamon Press; 1991.
40. Ellis A. *Theoretical and empirical formulations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Hole; 1979.
41. Batinic B, Vukosavljevic-Gvozden T, Saula-Marojevic B. Personality profiles of patients with dysthymic and panic disorders. *Psychiatria Danubina* 2012 (in press).
42. Tyrer P, Seivewright N, Ferguson B, Tyrer J. The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85 (3): 201–20.

---

**Batinic Borjanka**  
**Klinika za psihijatriju**  
**Klinički Centar Srbije, Beograd**  
**Pasterova 2, 11000 Beograd, Srbija**  
**Tel. +381 11 3662113**  
**E-mail: doubleb@eunet.rs**