

# A KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA HELYE A MENTÁLHIGIÉNÉS ELLÁTÁSBAN

## AZ ALACSONY INTENZITÁSÚ INTERVENCIÓK ELEMZÉSE



POLYÁK Katalin  
ELTE PPK Pszichológiai Intézet  
katalinpolyak93@gmail.com

VIZIN Gabriella  
ELTE PPK Pszichológiai Intézet  
Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék  
vizin.gabriella@ppk.elte.hu

### ÖSSZEFOGLALÓ

*Háttér és célkitűzések:* A pszichés zavarok egyre növekvő aránya, valamint a bizonyítékokon alapuló intervenciók iránti kereslet növekedése az elmúlt évtizedekben világszerte súlyos terhet rótt a mentálhigiénés ellátórendszerekre: a korlátozott kapacitással dolgozó tradicionális betegellátás már nem képes megfelelően kielégíteni a betegek igényeit. Tanulmányunk célja a probléma megoldására tett kezdeményezések, különösen a lépcsőzetes ellátási rendszer, valamint az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás intervenciók bemutatása.

*Módszer:* A bizonyítékokon alapuló kognitív viselkedésterápia (CBT) nemzetközi szakirodalmának áttekintése. A CBT módszertanára épülő, de az önsegítő technikákat hangsúlyozó alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia átfogó vizsgálatára SWOT-analízist alkalmaztunk.

*Eredmények:* A szakirodalom alapján a kutatások és a klinikai gyakorlat is többszörösen alátámasztják a CBT hatékonyságát számos pszichés és szomatikus zavar kezelésében.

*Következtetések:* A lépcsőzetes ellátás és az idő- és költséghatékony, rugalmasan alkalmazható alacsony intenzitású intervenciók bevezetéséhez hazánkban a mentálhigiénés ellátórendszer átfogó fejlesztésére lenne szükség. Ha az alacsony intenzitású CBT az alapellátás részévé válna, az a kezelőszemélyzet és a betegek számára is számtalan előnnyel járna: tehermentesíthetné az ellátórendszert, és széles körben elérhetővé tehetné a bizonyítékokon alapuló terápiás intervenciókat.

*Kulcsszavak:* kognitív viselkedésterápia, mentálhigiénés ellátás, lépcsőzetes ellátás, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók, SWOT-analízis

## BEVEZETÉS

A kognitív viselkedésterápia (*cognitive behavioral therapy*, CBT) az egyik legjobban kidolgozott, legtöbbet kutatott, bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás módszer (Dobson és Dozois, 2019), amelyet világszerte alkalmaznak a pszichológiai, pszichiátriai, szociális ellátás és a szomatikus orvoslás különféle területein, különböző problémák és célcsoportok esetén (Beck és Dozois, 2011).

A CBT-terapeuták egyetértenek abban, hogy léteznek olyan belső működések – mint a gondolkodás –, amelyek befolyásolhatják az érzelmeket és a viselkedést, ugyanakkor módosításukkor a viselkedés is változni fog (Dobson és Dozois, 2019). Ez a szemlélet egy olyan eszköztár létrehozását teszi lehetővé, amely különböző ellátási szinteken és területeken kínálhat bizonyítottan hatékony és időben behatárolható segítséget. Annak ellenére, hogy a mentálhigiénés ellátás ma hazánkban kevésbé elérhető, és a CBT eszköztárára támaszkodva ez az ellátási rés kitölthetőnek mutatkozik, gyakran éri elvetés vagy elutasítás szakmai körökben a jól kidolgozott, bizonyítottan hatékony eszközöket és módszereket alkalmazó kognitív viselkedésterápiás szemléletet.

A jelen tanulmány fő célja a hazai mentálhigiénés hiányosságok feltárásán túl a kognitív viselkedésterápia, különösen az alacsony intenzitású CBT bemutatása és felmerülő erősségeinek és esetleges gyengeségeinek objektívabb elemzése SWOT-analízis segítségével. A szerzők nem titkolt célja továbbá a CBT-szemlélet elérhetőségének, hasznosságának és humánus attitűdjének bemutatá-

sa, hozzájárulva ezzel azon ismeretek átadásához, amelyek a CBT-vel kapcsolatos ellenérzések mérsékléséhez vezethetnek.

## A MENTÁLHIGIÉNÉS ELLÁTÁS

### A mentális zavarok ellátásának problémái

A mentális zavarok világszerte egyre növekvő terhet rónak a különböző társadalmakra mind egészségügyi, mind szociális, mind pedig gazdasági szempontból. Noha jól ismert és hatékony kezelési lehetőségek állnak rendelkezésünkre, az egészségügyi ellátás gyakran nem áll készen ezen zavarok megfelelő ellátására (GBD, 2017; Wang és mtsai, 2007). A szorongásos zavarok élettartam-prevalenciáját 33% (Bandelow és Michaelis, 2015), míg a depresszív zavarokét 20% körüli értékre becsülik (Hasin és mtsai, 2018). Az érintettek egy része tartósan vagy ideiglenesen munkaképtelenné válhat, ami össztársadalmi szinten komoly költségeket és terheket jelent (Craske, 2018; Naeem és mtsai, 2017). A páciensek nagy részénél egy időben több zavar is fennállhat; esetükben rosszabb prognózis várható, és az általános életminőségük is alacsonyabb, valamint a komorbid pszichiátriai zavarok a szomatikus rendellenességek menedzselését is megnehezítik (Dindo és mtsai, 2017). A tradicionális betegellátás a magasan képzett szakemberek által nyújtott egyéni, bizonyítottan hatékony pszichoterápián alapul, azonban a kezelésre szorulóknak száma jóval meghaladja az elérhető szakemberekét, ezért a súlyos

állapotban lévő betegek ellátása elsőbbséget élvez (Craske, 2018; Perczel-Forintos, 2011). Ennek következtében a legnagyobb prevalenciával jellemezhető zavarok kezelése gyakran farmakoterápiával történik, amit nem az állapot súlyossága, hanem a gyógyszerek elérhetősége indokol (Naeem és mtsai, 2017). A szakemberek regionális eloszlása egyenetlen, így vannak olyan területek, ahonnan órákat kellene utazniuk a pácienseknek ahhoz, hogy kezelést kapjanak (Craske, 2018). Hazánkban különösen rossz a helyzet: az evidencián alapuló módszerek alig érhetőek el, a szakembereknél hosszú várólisták alakulnak ki, és korlátozott számú azon intézmények száma is, ahova az ellátást igénylőket tovább lehetne küldeni (Asztalos és mtsai, 2020; Perczel-Forintos, 2011).

A pszichológiai intervenciókkal kapcsolatban számos további limitáció is megjelenik: a kezelést visszautasítók aránya akár a 30%-ot is elérheti. Ennek egyik oka a stigmatizációtól való félelem (Asztalos és mtsai, 2020), de a terápiát elkezdő pácienseknek is csak egy része jut el az intervenció végéig (Craske, 2018; Dindo és mtsai, 2017; Lambert, 2017). Sajnos a terápia befejezése sem biztosítja a gyógyulást, mivel a vizsgálati eredmények alapján a szorongásos és hangulatzavarok esetén a betegek jelentős része nem tapasztal klinikai szempontból szignifikáns javulást a kezelés végére, továbbá a visszaesések aránya is elfogadhatatlanul magas (Ali és mtsai, 2017; Craske, 2018).

### **A mentális zavarok ellátásával kapcsolatos lehetőségek**

A mentális zavarok ellátásában jelentős előrelépést jelent az ún. transzdiagnosztikus modell, valamint a kognitív viselkedésterápiás eszköztár alkalmazása. A transzdiag-

nosztikus megközelítés alapját azon kutatási eredmények és klinikai tapasztalatok adják, amelyek szerint a különböző mentális zavarral küzdő páciensek gondolkodásában és viselkedésében számos közös vonás található. Emellett a több diagnózissal rendelkező páciensek esetén egységes intervenciók hatására gyakran nemcsak a megcélzott, hanem a komorbid zavarok tüneteiben is javulás mutatkozhat (Mansell és mtsai, 2008; Perczel-Forintos, 2011). Ilyen transzdiagnosztikus tényező lehet a perfekcionizmus, amelynek emelkedett szintjét kényszeres zavar, szorongásos zavarok és poszttraumás stressz zavar, valamint bipoláris zavar esetén is kimutatták; sőt, depresszió és evészavarok esetén nemcsak a patológia kialakulásához, hanem fenntartásához is hozzájárul (Egan és mtsai, 2012). A rumináció szerepét hangulatzavarok, szorongásos zavarok és egyes pszichotikus zavarok (Hsu és mtsai, 2015), valamint szerhasználati és alkoholhasználati zavar esetén is alátámasztották (Grierson és mtsai, 2016). A legújabb kutatások a pszichológiai rugalmatlanság és az érzelmi diszreguláció szerepére hívják fel a figyelmet számos pszichés zavarnál (Abdi és Pak, 2019; Faustino, 2021).

A transzdiagnosztikus protokollok lehetővé tennék a komplex problémák és kapcsolódó zavarok rugalmas, egyidejű kezelését, és az alkalmazásukhoz szükséges végzettség megszerzése is gyorsabb és egyszerűbb lehetne a szakemberek számára (Craske, 2018; Dobson és Dozois, 2019). Az ideális ellátás tehát rövid, rugalmas, hatékony, a komorbid zavarokat is megcélzó és lehetőleg evidencián alapuló intervenciót nyújt a legkisebb várakozási idővel, a transzdiagnosztikus szemlélet alapján (Dindo és mtsai, 2017). A transzdiagnosztikus protokollok hatékonyságára vonatkozóan egyelőre

kevés empirikus eredmény áll rendelkezésre (Craske, 2018; Dindo és mtsai, 2017), és kérdéses, hogy a módszert valójában mennyire lehetne az egyéni szükségletekhez igazítani, de ígéretes terápiás és kutatási iránynak bizonyul (Dobson és Dozois, 2019).

Egy másik megközelítés alapján a leghatékonyabb intervenció csakis célzott, zavar-specifikus és teljes mértékben személyre szabott lehet, ami az evidencián alapuló, sztenderd kognitív viselkedésterápiás eszközkészletet használja (Craske, 2018). Az elmúlt években egyre több kezelési protokollt dolgoztak ki a pszichés és szomatikus zavarok kezelésére, amelyek valóban hatékony, könnyen követhető struktúrát biztosítanak a terapeutáknak (Dobson és Dozois, 2019). Bizonyos diagnózisok esetén azonban a bőség zavara alakult ki: a kezelők számára nehézséget okoz a számos, egymással gyakran átfedő módszerrel rendelkező protokollok közül a legmegfelelőbb kiválasztása, illetve a specifikus képzettség és a szupervízió megszerzése is.

Angliában a bizonyítékokon alapuló terápiák hozzáférhetőségének javítása érdekében drasztikusabb megoldásokat eszközöltek: a 2008-ban indított IAPT-program (*Improving Access to Psychological Therapies*) keretein belül kognitív viselkedésterápiás centrumokat nyitottak, új terapeutákat képeztek, és egyéjszégügyi sztenderdekkel dolgoztak ki a mentálhigiénés problémák kezelésére (Clark, 2018; Perczel-Forintos, 2011), valamint a terapeuták területi elhelyezkedésének tudatosabb szervezésével megpróbálták fizikailag is elérhető közelségbe hozni a kezeléseket (Cavanagh, 2014).

Nemzetközi szinten a szakemberek egy új rendszer létrehozásában látják a probléma hatékony megoldását, ami egyszerre növelné a bizonyítékokon alapuló kezelések elérhetőségét, és tehermentesítené az egészség-

ügyet is: ez a lépcsőzetes ellátási modell bevezetése és az alacsony intenzitású, kognitív viselkedésterápián alapuló intervenciók implementálása.

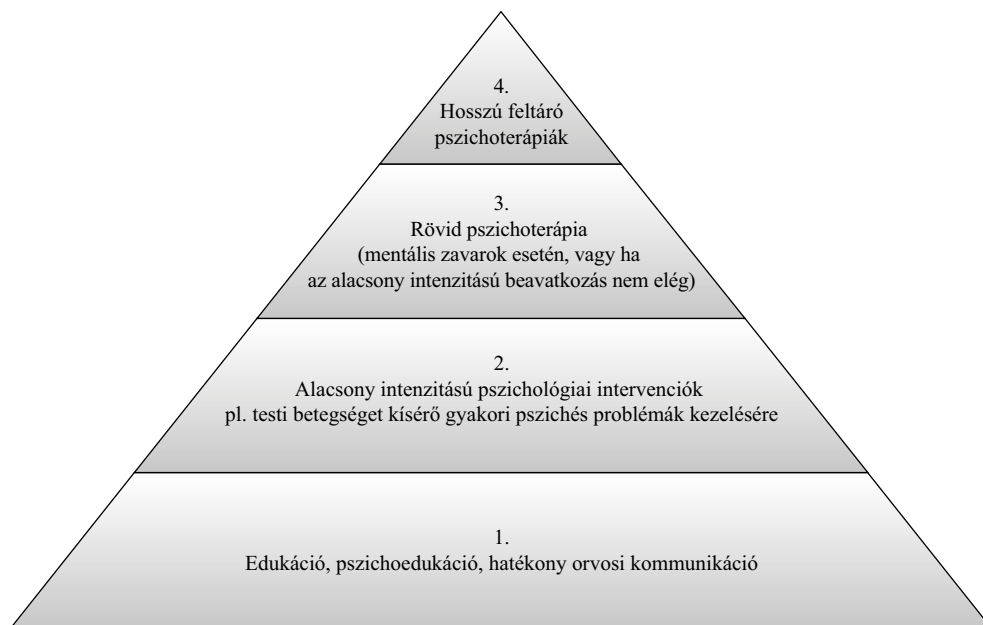
### **A lépcsőzetes ellátás és az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók**

A lépcsőzetes ellátási modell értelmében az azonos elméleti háttérű és módszertanú kezeléseket intenzitásuk alapján egy kontinuum mentén helyezhetjük el (Bower és Gilbody, 2005); az ellátás különböző szintjei eltérő technikákat alkalmazhatnak, és más lehet a kezelést nyújtó mentálhigiénés szakember is (lásd *1. ábra*). A modell alapelve szerint a terápia kiválasztásakor először a legkisebb beavatkozást igénylő intervenciót választják, figyelembe véve nemcsak a páciens diagnózisát és egyéni jellemzőit, hanem személyes preferenciáit is, így a kezelő a legkisebb befektetéssel a lehető legnagyobb eredményt érheti el. A terápia folyamatát szisztematikusan monitorozzák, amihez sztenderdizált módszereket – például kérdőíveket – használnak, és szükség esetén magasabb intenzitású kezelést ajánlanak a páciens számára. A modell kivitelezéséhez új munkaerő szükséges, ami a szomatikus, mentálhigiénés vagy szociális ellátásban dolgozók – orvosok, ápolók, nővérek, szociális munkások – bevonásával is megoldható (Craske, 2018), ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a mentálhigiénés segítségnyújtás államilag támogatott formában, az alapellátás részeként is elérhető legyen (Nacem és mtsai, 2017).

Mivel a modell elsődleges célja, hogy fokozza a bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák elérhetőségét, így a leggyakrabban kognitív viselkedésterápiás protokollokat alkalmaznak. A lépcsőzetes ellátás második fokán (az edukatív, hatékony orvosi kommu-

nikáció lépcsőfokát követően) az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás inter-

venciók helyezkednek el (Bennett-Levy és mtsai, 2010; Naeem és mtsai, 2017).



1. ábra. A lépcsőzetes ellátás modellje, Purebl (2018: 10) alapján

## A KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIÁRÓL

### A kognitív viselkedésterápia kialakulásának körülményei

A módszer viszonylag fiatalnak tekinthető: bár a kognitív fordulat hatására az 1960-as években a kogníciók a figyelem középpontjában kerültek, a klinikai pszichológia és a kutatási gyakorlat területeire az új irányzat csak fokozatosan, az 1970-es években épült be (Dobson és Dozois, 2019). Közvetlen előzményeinek a viselkedésterápiás módszerek, illetve a pszichodinamikus modellek tekinthetőek. A hatvanas években virágkorát élő viselkedésterápia – népszerűsége és hatékonysága ellenére – bizonyos

problémákra, mint például a kényszerszergondolatokra nem tudott megoldást kínálni, így szinte elkerülhetetlenné vált a kognitív nézőpont beemelése a terápiás térbe. Aaron T. Beck dinamikus szemléletű terápiás háttérrel írta le az eleinte tudatelőtes tartalmaként meghatározott, de a komputációs paradigmával később jól alátámasztható negatív automatikus gondolatok és a kognitív struktúra működését (Beck és Dozois, 2011). A kognitív viselkedésterápia a viselkedéses stratégiák és kognitív folyamatok összefonódásából született meg.

Ahhoz, hogy egy intervenciót kognitív viselkedésterápiásnak nevezünk, három fő feltételezésen kell alapulnia elméletének és

módszertanának (Beck és Dozois, 2011; Dobson és Dozois, 2019; Vaida és Ormeňan, 2013):

1. Az események egyéni interpretációja, vagyis kognitív értékelése határozza meg a rájuk adott affektív és viselkedéses válaszokat. A mediációhipotézisként is ismert felvetés értelmében a kogníciók mediátor-változóként vesznek részt az ingerek és az általuk kiváltott válaszok között.

2. A kognitív aktivitás monitorozható, tehát a személyes kogníciók hozzáférhetőek és megismerhetőek. Azonosításuk nem automatikus folyamat, de megfelelő tanítással és figyelemmel azzá tehető.

3. A kogníció, vagyis a helyzet értékelésének megváltoztatása maga után vonja a reakciók módosulását – ezen a feltételezésen alapul a kognitív átkeretezés technikája.

Fontos megjegyezni, hogy a CBT korai modelljei éles kontrasztban álltak a pszichodinamikus személyiség- és terápiamoddal, mivel a hangsúly a tudattalan folyamatokról és a hosszú távú, áttételen alapuló terápiákról a rövid, tünetekre és aktuális problémákra fókuszáló megoldásokra tevődött át (Dobson és Dozois, 2019). Ez a fajta „szembenállás” szakmai berkeken belül a mai napig érezteti hatását.

### **A kognitív viselkedésterápiák általános módszertani jellemzői**

A kognitív viselkedésterápia a rövid terápiák közé tartozik, átlagosan 12–24 alkalomból áll (Beck és Dozois, 2011); unipoláris depresszió esetén 20, pánik zavaránál 5, szociális fóbia esetén 14 ülés alatt klinikailag jelentős változás érhető el a tünetekben (Perczel-Forintos, 2010). A találkozások limitált száma a terápia erősen strukturált jellegének és problémaorientációjának

köszönhető, amihez elengedhetetlen a páciens aktív közreműködése (Dobson és Dozois, 2019).

A kognitív viselkedésterápia edukatív módszer: a terapeuta segítségével a páciens elsajátítja a pszichopatológia kognitív megközelítését, ami saját esetének konceptualizálásával egészül ki. A konceptualizálás során a terapeuta a kognitív modell értelmezési keretében felvázolja a páciens élettörténetének releváns pontjait, valamint az azonosított problémákat és tüneteket (Perczel-Forintos, 2010). Az eset konceptualizálásához a páciens gondolatainak, hiedelmeinek, sémáinak azonosítása szükséges, erre szolgál a gondolatnapló vezetése és a szókratészi dialógus technikája: a terapeuta irányított kérdéseivel, reflexióival lehetővé teszi, hogy a páciens önmaga ismerhesse fel jelentésadási folyamatait, gondolatainak és viselkedésének következményeit. A gondolatnapló vezetésével a páciens – kezdetben a terapeuta támogatásával, majd az alapok elsajátításával önmagától – feljegyzi, hogy a specifikus életesemények milyen érzéseket, gondolatokat és testi tüneteket váltanak ki belőle. A gondolatnaplóval azonosíthatóak a kontextuális ingerek által kiváltott negatív automatikus gondolatok, amik funkcionális kapcsolatban állnak a személy hiedelmeivel és sémáival, ezért aktivációjuk esetén asszociatívan is megjelenhetnek (Beck és Dozois, 2011). A gondolatnapló vezetése lehetővé teszi, hogy a páciens objektívebb képet kapjon saját működéséről és kogníciójáról, megtanulja a gondolatok érvényességének vizsgálatát, és felismerheti bennük a kognitív torzításokat. A negatív automatikus gondolatok és torzítások mintázatából feltárhatóak a személy alaphiedelmei és sémái, így a terápia későbbi szakaszában

ezekre a mélyebben fekvő tartalmakra irányulhat a fókusz.

Fontos megjegyezni, hogy a terápia során nem az a cél, hogy a páciens negatív gondolatait pozitívvá cserélje. A technika segítségével a páciens saját kognícióit hipotézisekként kezelheti, amelyeket megkérdőjelez, bizonyítékokat keres, amik alátámaszthatják és megcáfolhatják őket, és alternatív magyarázatokat adhat helyettük az események interpretációjakor – tehát a cél a reális, adaptív értékelés kialakítása. A terapeuta problémamegoldási stratégiákat és relaxációs módszereket is taníthat a kognitív átstrukturálás mellett, amelyeket a házi feladatok során a páciens saját otthonában, hétköznapi környezetében gyakorolhat, ami elősegíti a készségek generalizációját. A terápia végéhez közeledve az ülések gyakorisága és sűrűsége csökken, a fókusz a tanult stratégiák megerősítésére, a visszaesések megelőzésére és a lehetséges triggererek felismerésére irányul. A sikeres terápia végén a páciens az elsajátított készségek és tudás birtokában képessé válik jövőbeli problémáinak önálló kezelésére (Dobson és Dozois, 2019).

A felsorolt technikák mellett nem szabad elfeledkezni a nem specifikus terápiás hatóanyagokról, így a terápiás szövetség kialakítása és a rogersi alapelvek betartása is nélkülözhetetlen (Perczel-Forintos, 2010). A terápiás kapcsolat különleges jelentőségű, mivel a páciens és a terapeuta között egyenrangú viszonynak kell kialakulnia. Bár a terápia alapvetően direktív jellegű, és a korai üléseken a terapeuta van aktívabb szerepben, a kollaboratív empirizmus értelmében a terapeuta a páciens saját életében szakértőnek tekinti, akivel együttműködve, közösen dolgoznak a terápiás cél elérése érdekében.

A kognitív viselkedésterápiák fejlődésének köszönhetően az ún. második hullámhoz tartozó intervenciók új megközelítéseket alkalmaznak a sztenderd módszerekre nem reagáló, főként személyiségzavarral küzdő páciensek kezelésére. A hosszabb, integratív módszertant alkalmazó intervenciókban viselkedéses, kognitív, érzelemfókuszú és élményalapú technikák egyaránt megjelenhetnek, és markáns fókusz helyeződik a terápiás kapcsolatra is (Kellogg és Young, 2006). Az ún. harmadik hullám terápiái pedig a metakognitív folyamatokra és a tudatos jelenlétre fókuszálnak: céljuk a figyelem irányítása és a metakognitív hiedelmek megkérdőjelezése (Wells, 2008), a pszichológiai rugalmasság fejlesztése (Dindo és mtsai, 2017), valamint az ítékezésmentes attitűd kialakítása – ezáltal az emocionális reaktivitás csökkentése. Így ezek az intervenciók a relapszus-prevencióban is sikeresen alkalmazhatóak (Kuyken és mtsai, 2015).

### **A kognitív viselkedésterápiás intervenciók hatékonysága**

A sztenderd CBT-intervenciók hatékonyságát számos randomizált kontrollált vizsgálat és metaanalízis alátámasztotta. Bár a kutatók egy része kis elemszámmal dolgozik, és módszertanilag gyenge (Hofmann és mtsai, 2012), eredményeik a CBT hatékonyságára utalnak. Szorongásos zavarok, így generalizált szorongásos zavar, pánik zavar (agorafóbiával vagy anélkül) és szociális fóbia esetén konzisztensen nagy hatásméreteket találtak (Cuijpers, 2017; Hofmann és mtsai, 2012), és az eredmények alapján a CBT hatékonyabb, mint önmagában a farmakoterápia. A kutatási eredményekre támaszkodva a nemzetközi protokollok a szorongásos zavarok kezelésé-

re elsődlegesen a kognitív viselkedésterápiát javasolják (Dobson és Dozois, 2019). A depresszív zavarok esetén kicsi vagy közepes hatásméreteket találtak (Hofmann és mtsai, 2012), ugyanakkor egyes eredmények alapján a terápia hatékonyabb (Butler és mtsai, 2006), vagy legalább olyan hatékony, mint önmagukban az antidepresszívumok (Cuijpers, 2017). Újabb eredmények alapján a kombinált kezelés (CBT és farmakoterápia együtt) szignifikánsan jobb hatású, mint a két terápiás típus önmagában (Cuijpers, 2017; Cuijpers és mtsai, 2014). A vizsgálati eredmények alátámasztották a kognitív viselkedésterápia hatékonyságát kényszeres zavar (Butler és mtsai, 2006; Cuijpers és mtsai, 2014; Hofmann és mtsai, 2012), pszichoszomatikus tünetek, függőségek és szerhasználati zavarok, a stresszel való megküzdés (Hofmann és mtsai, 2012), poszttraumás stressz zavar és bulimia nervosa, valamint gyermekeknél szorongásos és depresszív zavarok esetében is (Butler és mtsai, 2006; Hofmann és mtsai, 2012). A módszer a jellemzően internalizáló kórképek mellett az externalizáló tüneteket is enyhítheti, így gyermekeknél oppozíciós zavar és figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Battagliese és mtsai, 2015), valamint indulatkezelési problémák kezelésére is megfelelő (Hofmann és mtsai, 2012). A vizsgálatok alapján a CBT eredményesen alkalmazható a szkizofrénia kiegészítő terápiájaként (Butler és mtsai, 2006; Hazell és mtsai, 2016), különösen a pozitív tünetek csökkentésében (Hofmann és mtsai, 2012; Turner és mtsai, 2014).

## AZ ALACSONY INTENZITÁSÚ KOGNITÍV VISELKEDESTERÁPIA

*Az alacsony intenzitású terápia* elnevezése félrevezető lehet: az intenzitás nem a szolgáltatás minőségére, hanem a kezelést nyújtó szakemberek igénybevételére nézve alacsony. Ők a lehető legkevesebb időt töltik el a páciensekkel, mivel az intervenció az önszolgáltató módszerekre és a technológia használatára helyezi a hangsúlyt (Haller és mtsai, 2019). Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia elsősorban az enyhe és közepes súlyos szorongásos zavarok és depresszió esetén ajánlott (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

Az intervenciókat tarthatják egészségügyi vagy szociális dolgozók, pszichoterapeuták és háziorvosok (Bennett-Levy és mtsai, 2010), de olyan kezelők is, akik egy rövid, specifikus, intenzív képzés elvégzése előtt nem dolgoztak még a mentálhigiénés ellátás területén (Thwaites és mtsai, 2015). A kezelők számára részletes, rugalmasan alkalmazható terápiás protokollok, könyvek és programok állnak rendelkezésre (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Emellett kötelező részt venniük rendszeres szupervíziós alkalmakon, amik azért is szükségesek, mert egyszerre sokkal több személlyel foglalkoznak, mint ahogy azt a sztenderd terápiáknál megszokhattunk (Naem és mtsai, 2017). Az intervenció változatlanul edukatív jellegű, de a terápia alapját nyújtó kognitív viselkedésterápiás modell megtanításáért nem a terapeuta felel: a páciens a kiadott könyvek, számítógépes programok, internetes oldalak, telefonos applikációk segítségével tájékozódhat. A segédanyagok összeállítása külön kihívást jelent a szakemberek számára, mivel az anyagot könnyen érthetővé, érdekessé és vonzóvá kell tenniük, amihez alapjaiban kell



megváltoztatni a kognitív viselkedésterápia nyelvezetét (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

A sztenderd terápiához hasonlóan a kezelés a páciens tüneteinek felméréseivel indul. Az alacsony intenzitású intervencióban az első interjú rövidebb időtartamú, nemcsak személyesen, hanem telefonon is megtörténhet, és teljes egészében a páciens aktuális élethelyzetére és problémáira fókuszál. A terápiás szövetség kialakítása a kezelés nélkülözhetetlen része, így a kapcsolattartás folyamatos, de történhet személyesen – egyéni és csoportos formában –, telefonon, levélben, SMS-üzeneteken keresztül és e-mailben is (Antal-Uram és mtsai, 2018). A kapcsolattartó beszélgetések rövidek és fókuszáltak, növelik a beteg együttműködését és motivációját a kezelés során, és lehetővé teszik a kezelő számára a páciens előrehaladásának monitorozását és értékelését, amiről a páciens is rendszeresen visszajelzést kap (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

A sztenderd CBT-hez hasonlóan a kapcsolattartási alkalmak között a páciensnek házi feladatokat és gyakorlatokat kell elvégeznie. Ahogy Lopez és munkatársai (2013) rámutattak, a páciensek elismerik a házi feladatok fontosságát, még akkor is, ha nem mindig végzik el őket. Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia újítása, hogy az intervenciókat preventív jelleggel vagy korai beavatkozásra is használni lehet, különösen az internetes és telefonos applikációk segítségével (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

### **Az alacsony intenzitású CBT hatékonysága**

Bár hazánkban még csak az intervenciók adaptálásának első lépéseit látjuk (pl. Antal-Uram és mtsai, 2018; Purebl, 2018), a kezelési mód az elmúlt évtizedben több ország-

ban is az alapellátás részévé vált, és néhány vizsgálat is indult vele kapcsolatban. A kutatások meglehetősen ellentmondásos eredményeket találtak: az intervenció bizonyos esetekben jelentősen javította a szorongásos zavarok és a depresszió tüneteit (Asztalos és mtsai, 2020; Bennett-Levy és mtsai, 2010; Naeem és mtsai, 2017), azonban mindkét zavar esetén jelentős arányú visszaesést tapasztaltak a terápiát követő egy éven belül (Ali és mtsai, 2017). Az Egyesült Királyságban a szorongásos és depresszív zavarok (Lopez és mtsai, 2013), valamint a kényszeres zavar kezelésére protokoll szerint a lépcsőzetes ellátás javasolt, de a kapcsolódó vizsgálatokban az intervenció hatására nem tapasztaltak klinikailag szignifikáns javulást, és a kezelés a későbbi intenzív terápia hatékonyságát se növelte kényszeres zavar (Lopez és mtsai, 2013) és depresszió esetén sem (Barkham és Saxon, 2018).

Ennek ellenére a páciensek alapvetően elégedettek az intervencióval, és pozitív élményként tekintenek rá (Haller és mtsai, 2019). Bár a terápia eredetileg nem a súlyos zavarokat célozza meg, az eredmények alapján szignifikáns javulást okozhat a pszichózis tüneteiben, de a társuló szorongást és negatív hangulatot nem tudja kezelni (Hazell és mtsai, 2016; Waller és mtsai, 2013).

Jelenleg korlátozott számú vizsgálat áll rendelkezésre az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia hatásával és terápiás mechanizmusaival kapcsolatban, ezért nem vonhatunk le egyértelmű következtetéseket az intervenció hatékonyságáról. További, módszertanilag megalapozott, nagyobb elemszámot és kontrollcsoportot alkalmazó vizsgálatokra lenne szükség különböző célcsoportok és pszichés zavarok esetén.

## AZ ALACSONY INTENZITÁSÚ KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA SWOT-ELEMZÉSE

A SWOT, tehát az erősségek (*Strengths*), gyengeségek (*Weaknesses*), lehetőségek (*Opportunities*) és veszélyek (*Threats*) analízise a stratégiai elemzés egyik eszköze, amit több mint 50 éve alkalmaznak szervezetek, programok, intervenciók tervezésekor és implementációjakor egyaránt (Leigh, 2006). Az analízis mátrix felvázolása elősegíti a komplex stratégiákkal kapcsolatos döntéshozatalt, mivel csökkenti és fókuszálja a szükséges információ mennyiségét (Helms és Nixon, 2010). A módszer alapja a négy faktor összetevőinek megállapítása: az *erősségek* olyan belső kompetenciák vagy tulajdonságok, amelyek hozzájárulnak a teljesítményhez, míg a *gyengeségek* belső hiányosságok, amik gyengítik az intervenció hatékonyságát (Leigh, 2006). A két faktor a program ellenőrzése alatt áll, míg a külső tényezők nagyrészt a program kontrollján kívül esnek, így a *veszélyek* potenciálisan csökkenthetik, a *lehetőségek* pedig növelhetik annak eredményességét. A tényezők azonosítása lehetővé teszi a hatékonyság maximalizálását, valamint alternatív megoldási stratégiák kidolgozását a veszélyek és gyengeségek leküzdésére.

### Erősségek

Az alacsony intenzitású intervenciók jelentős mértékben csökkenthetik az intenzív pszichoterápiát nyújtó ellátórendszerek terhelését, amelyek általában korlátozott kapacitással működnek (Lovell és mtsai, 2017). A klinikai gyakorlat szerint a kezelést – opcionálisan – elérhetővé teszik a várólistán lévőknél, ami több szempontból is előnyös

kimenetellel járhat: amennyiben az intervenció hatásos, a páciens számára már nem lesz szükség az intenzív pszichoterápia igénybevételére. Egyes kutatások alapján a minimális intervenciók hatékonysága megközelítheti az intenzív terápiáét, és rugalmasságuknak köszönhetően lehetővé teszik a különböző terápiás technikák ötvözését, amivel a páciens problémáinak különböző aspektusait egyszerre lehet megcélózni (Bower és Gilbody, 2005). A páciens számára emellett idő- és költséghatékony megoldást jelent, ha problémáját az alapellátáson belül meg tudják oldani (Lovell és mtsai, 2017). Amennyiben a páciensnek mégis szüksége lenne az intenzív terápiára, az intervenció során megszerzett elméleti alapok és technikák megakadályozhatják a tünetetek súlyosbodását a várakozási időszak alatt, és a pszichoterápiás kezelés hosszú távú hatékonyságát is támogathatják. A vizsgálati eredmények és klinikai tapasztalatok alapján növelhetik a szomatikus és pszichiátriai ellátásban a kezeléssel való együttműködés mértékét, ami pozitív hatással van az ellátás kimenetelére nézve is (Antal-Uram és mtsai, 2018; Asztalos és mtsai, 2020).

Az alacsony intenzitású intervenciók technikák a szakemberek számára gyorsan és egyszerűen, magas előképzettség nélkül elsajátíthatóak, és ezzel hozzájárulnak ahhoz, hogy a kezelők kompetensebbnek érezzék magukat. A jelenlegi gyakorlatban a segítő foglalkozásúak sokszor tehetetlenséget élnek meg, amiért nem tudnak segíteni a hozzájuk fordulókon, sőt, gyakran még olyan szakembert vagy intézményt se ismernek, ahova tovább tudnák küldeni a segítségre szorulókat (Asztalos és mtsai, 2020). Az új intervenciók eszközt adnak az ellátásban részt vevők kezébe – ami a kiégés megelőzésében is

kulcsfontosságú lehet –, rugalmasan személyre szabhatóak, és rövidebb idő alatt jelentős változás érhető el általuk. A kezelés lebonyolításához nincs szükség a hagyományos terápiás légkör kialakítására, hiszen a kapcsolatfelvétel gyakran telefonon vagy interneten keresztül történik. Az intervenció mellett szólnak azok a kutatási eredmények, amelyek alapján a páciensek egy része nem a tradicionális egyéni terápiát választja, ha rendelkezésére áll több alternatíva is, hanem kifejezetten az alacsony intenzitású csoportos intervenciókat vagy önségítő könyveket preferálja (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Emellett a páciensek kimondottan örülnek a kezeléseknak, még akkor is, ha nem tapasztalnak szignifikáns javulást, hiszen nem érzik úgy, hogy az ellátórendszer cserben hagyta őket, vagy egyedül maradtak problémáikkal (Haller és mtsai, 2019; Lopez és mtsai, 2013).

### Gyengeségek

Az alacsony intenzitású intervenciók esetén megkérdőjelezhető, hogy a kezelők rövid, gyakorlati fókuszú képzése valójában mennyire eredményes az esetek konceptuálizálása és a háttérben lévő folyamatok, torzítások felismerése szempontjából, amihez a kognitív modell és a kapcsolódó elméleti háttér alaposabb ismerete szükséges (Naeem és mtsai, 2017). Amennyiben a páciens nem mentálhigiénés szakember küldi az intervencióba, a felvételi beszélgetés során – ami jelen- és problémafókuszú (Bennett-Levy és mtsai, 2010) – az intervenció indikációja mellett a mélyebb zavarok vagy a meglévő karakterpatológia rejtve maradhat, ami a kezelés folyamatát jelentősen megnehezítheti és a terápia hatékonyságát is csökkentheti (Pretzer és Beck, 2005).

A szakirodalom nem tér ki rá, mi történik, ha a rendelkezésre álló személyes vagy telefonos kapcsolattartás kevésnek bizonyul a páciens számára, akár az ülések hosszára vagy gyakoriságukra való tekintettel (Thwaites és mtsai, 2015). A személyes vagy telefonos terápiára rendelkezésre álló átlagosan 30 perc rendkívül kevés, ami megnehezítheti, hogy a páciens aktuális, friss problémáit behozza a terápiás térbe, vagy ha mégis behozhatja, mindez hirtelen fókusz- és stratégiaváltásra kényszerítheti a kezelőt, amitől a terápiás folyamat megakadhat, vagy további, előre nem tervezett alkalmakat igényelhet a problémák megoldására (Bennett-Levy és mtsai, 2010). A kezelő és páciens közötti korlátozott kontaktus megnehezítheti a terápiás szövetség kialakítását és elmélyítését, amivel egy jelentős nem specifikus terápiás tényező, a kapcsolat is veszélybe kerülhet (Perczel-Forintos, 2010). A terápiás kapcsolat fontosságára korábbi kutatások már rámutattak (Haller és mtsai, 2019; Lopez és mtsai, 2013). Ezen kívül kulturális különbségeket is felfedezhetünk a páciensek által igényelt terápiás kapcsolat mélységét és a kezelő személyét illetően (Lopez és mtsai, 2013), ami kultúraspecifikus protokollok kialakítását teszi szükségessé.

Aggódalomra adnak okot az alacsony intenzitású intervenciók hatékonyságára vonatkozó eredmények, amelyek alapján a kezelés hatására gyakran nem javulnak jelentősen a páciensek tünetei (Barkham és Saxon, 2018; Lopez és mtsai, 2013) és a visszaesések aránya is magas szintű lehet (Ali és mtsai, 2017). A pszichológiai intervenciókról általánosan elmondható, hogy csak az esetek egy részében tudnak valódi szignifikáns javulást előidézni (Ali és mtsai, 2017; Craske, 2018). Az alacsony intenzitású intervenciók a lépcsőzetes ellátás alapját

képezik, ezért elfordulhat, hogy az érintettek nem szívesen lépnek tovább egy olyan intenzívebb programba, aminek elméletével és módszereivel egyszer már megismerkedtek, de nem okoztak számukra jelentősebb változást (Bower és Gilbody, 2005).

Az intervenció egyik legnagyobb korlátozó tényezője, hogy jelenlegi tudásunk szerint korlátozott azon diagnózisok és problémák száma, amelyekre bizonyosan sikeresen alkalmazható. A kezelés szempontjából kizáró oknak számít az akut mániás vagy pszichotikus epizód és az öngyilkos hajlamú betegek számára sem lehet ilyen terápiás formát ajánlani (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Bizonyos patológiák – mint a súlyos depresszív állapotok – lehetetlenné teszik a módszerek alkalmazását, akárcsak a látási, hallási és olvasási problémák, valamint kognitív deficitek megléte, mivel megnehezítik a kezelővel történő kapcsolattartást, a kapott anyagok feldolgozását, vagy akár a feladatok megértését is.

### Lehetőségek

Amennyiben az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia nemzetközi szinten beépülne az alapellátásba, paradigmaváltást hozhatna a mentálhigiénés és szomatikus ellátásban is. Az intervenciók a vizsgálati eredmények alapján a testi betegségekkel járó komorbid zavarok menedzselésében, és az adherencia növelésében is segítséget jelentenek (Antal-Uram és mtsai, 2018), így az orvosok és a betegek számára számos előnnyel járna, ha az alacsony intenzitású intervenciók a szomatikus ellátásban elterjednének.

Az internetes és számítógépes programok, valamint telefonos applikációk továbbfejlesztésével a páciensek egyéni profilokat

tudnának létrehozni, a tünetek és a napi aktivitás folyamatos monitorozásával a kezelés az aktuális állapotra illeszthető és személyre szabható lenne, szükség esetén pedig az azonnali beavatkozás is megvalósulhatna (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Preventív jellegű applikációkra jelenleg is vannak példák, de a kognitív viselkedésterápia módszertanát felhasználva még hatékonyabb alkalmazásokat lehetne fejleszteni.

A sztenderd kognitív viselkedésterápia bizonyítottan alkalmas a visszaesések megelőzésére (Ali és mtsai, 2017), így az alacsony intenzitású intervenciók lehetővé tennék, hogy a pszichoterápiás kezelések lezárását követően a páciens a számára ismerős módszertannal és elméleti kerettel az alapellátás keretein belül további támogatást kapjon, aminek a relapszus-prevencióban nagy szerepe lenne.

Bár az intervenciók esetén az akut pszichotikus állapot kontraindikációt jelent (Bennett-Levy és mtsai, 2010), bizonyos kutatási eredmények mégis arra mutatnak, hogy a kezelés a pszichózis tüneteit is enyhíteni tudja (Hazell és mtsai, 2016). Ezek alapján érdemes lenne olyan protokollokat kidolgozni, amelyek kifejezetten a súlyos, krónikus zavarokban szenvedők önmenedzselését segítik elő. Korábbi vizsgálatok rámutattak, hogy a pszichológiai támogatás bizonyítottan növeli a gyógyszeres kezeléssel történő együttműködést (Antal-Uram és mtsai, 2018), emellett pedig potenciálisan a tüneteket is mérsékelheti.

Bennett-Levy és munkatársai (2010) szerint a látási és hallási nehézségekkel rendelkezők számára az önsegítésen alapuló minimális intervenciók nem megfelelőek, a modern technológia azonban páratlan lehetőséget biztosítana a felolvasóprogra-

moknak, a feliratozásnak és a kiegészítő lehetőségeknek köszönhetően. Így a jövőben érdemes lenne olyan applikációkat kifejleszteni, amelyek kifejezetten a látási és hallási nehézségekkel élőket célozzák meg, ezáltal a kognitív viselkedésterápiás intervenciók számukra is rendelkezésre állnának.

### Veszélyek

Ahhoz, hogy az alacsony intenzitású intervenciók bekerüljenek a köztudatba, és általánosan elfogadott kezelési formává váljanak, elengedhetetlen lenne, hogy valóban beépüljenek az alapellátásba. Ellenkező esetben csak izolált, támogatás és erőforrás nélküli projektek maradnak (Naeem és mtsai, 2017). Mindehhez nemzeti és nemzetközi összefogásra és a mentálhigiénés ellátás fejlesztésére lenne szükség, amely Magyarországon még nem valósult meg (Perczel-Forintos, 2011). A bizonyítékokon alapuló módszerek hatékonysága szakmai körökben egyértelmű, a laikusnak számító páciensek számára azonban az intervenciók nagy része voltaképpen ismeretlen, ezért problémáikkal a háziorvost vagy a szociális ellátórendszer tagjait keresik meg (Asztalos és mtsai, 2020). Ez nem jelentene problémát, ha az alacsony intenzitású intervenciók már elérhetőek lennének ezeken a területeken, de az esetek többségében még nem ez a helyzet. A probléma megoldását tovább akadályozza, hogy a társadalom egy része számára a mentálhigiénés ellátás igénybevételét a pszichés problémák és kezelések stigmatizálása is megnehezíti (Asztalos és mtsai, 2020).

Bár az intervenciók egyik célja az ellátórendszer tehermentesítése, Lovell és munkatársai (2017) érdekes jelenséget mutattak ki vizsgálatukban: a kényszeres zavar-

ban szenvedő, várólistán lévő páciensek az alacsony intenzitású intervenció hatására nem tapasztaltak szignifikáns enyhülést tüneteikben, majd jelentős részük nem vette igénybe az intenzív terápiát sem, amikor már lehetőségük lett volna rá. A kezelés így részben elérte célját, hiszen csökkentette azok számát, akik további, intenzívebb kezelést kértek, ugyanakkor a páciensek valójában nem lettek jobban, vagyis a terápia sikertelennek bizonyult. A kutatásban részt vevők nem mérték fel, hogy a páciensek milyen indokkal utasították el a további kezelést annak ellenére, hogy szükségük lett volna rá. Előfordulhat azonban, hogy pont azért nem próbálkoztak tovább, mert csalódtak a kezelésben, vagy nem tartották valószínűnek, hogy az intenzívebb terápia – az ismert módszertanra alapozva – valódi enyhülést hozna számukra. A páciensek indokainak ismerete nélkül csak találgatni lehet, a potenciális problémára ugyanakkor Bower és Gilbody (2005) is felhívták a figyelmet a lépcsőzetes ellátással kapcsolatban. Fontos lenne tehát, hogy a páciensek az alacsony intenzitású intervenciókat követően rendszeresen utánkövetésen vegyenek részt, ami megakadályozná az ellátórendszerből történő kiesésüket, még mielőtt problémáikra valódi megoldást találnának. A SWOT-analízis összefoglalását az *1. táblázat* mutatja.

1. táblázat. Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia SWOT-analízise

<p style="text-align: center;"><b>Erősségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellátórendszer terhelésének csökkentése</li> <li>• Idő- és költséghatékony</li> <li>• Rugalmasan kombinálható</li> <li>• Adherencia növelésére alkalmas</li> <li>• Gyorsabb, egyszerűbb kezelői képzés</li> <li>• Kompetencia növelése, kiegészítő megelőzése</li> <li>• Páciens preferenciája figyelembe vehető</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Gyengeségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kezelők rövid, gyakorlati fókuszú képzése</li> <li>• Karakterpatológiák rejtve maradhatnak</li> <li>• Korlátozott kapcsolat kezelő és páciens között</li> <li>• Hatékonyságvizsgálatok eredményei, magas visszaesési arány</li> <li>• Korlátozott alkalmazás</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Lehetőségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szomatikus ellátás támogatása</li> <li>• A technológia személyre szabható</li> <li>• Preventív alkalmazások fejlesztése</li> <li>• Relapszus-prevenció</li> <li>• Pszichotikus zavarok önmenedzselése</li> <li>• Speciális programok látás- és hallássérültek számára</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Veszélyek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentálhigiénés ellátás átfogó fejlesztése szükséges</li> <li>• Korlátozott elérhetőség a páciensek számára</li> <li>• Hatástalan intervenció után az intenzív kezelés visszautasítása</li> </ul>

## ÖSSZEFOGLALÁS

A mentális zavarok gyakorisága és az ellátás nehézségei világszerte komoly kihívások elé állítják a szakmai közönséget, ami felhívja a figyelmet arra, hogy a modern korhoz igazodó, újabb megoldási lehetőségekre van szükség.

A terápiás viszonyok minőségi eltolódása jól modellezi a pszichoterápiás módszerekben az 1960-as években bekövetkezett változásokat, amikor a laikusok számára nehezen érthető, már-már misztikusnak tűnő analitikus módszerek mellett a könnyen átlátható kognitív modellek is elterjedtek (Bennett-Levy és mtsai, 2010). A lelki folyamatok a laikusok számára is megérthetővé és kézzelfoghatóvá váltak, ezért egyre inkább nőtt az igény a könnyen elérhető, rövid és hatékony kezelésekről.

Az utóbbi évtizedekben jelentősen megnőtt a bizonyítékokon alapuló módszerek, így a kognitív viselkedésterápia iránti

kereslet. Ezt részben az intervenciók páratlan hatékonysága magyarázza, amelynek hátterében – elméleti szempontból – a mediációs modell megbízhatósága található. Más nézőpontból azonban az evidencián alapuló modellek sikeréhez a szomatikus és pszichiátriai orvoslásban a bio-pszicho-szociális modell térnyerése is hozzájárul (Antal-Uram és mtsai, 2018).

Az igények növekedésével az ellátórendszerek túlterheltsége nemzetközi problémává vált, amelyre a progresszivitási szintek alapján történő ellátás és ezen belül az alacsony intenzitású intervenciók jelenthetnének a megoldást, a kezdeményezés azonban világszerte és hazánkban is meglehetősen kiforratlan (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia elméleti megalapozottságát és módszertanát tekintve megegyezik a sztenderd módszerekkel, a két intervenció azonban számos ponton különbözik. A sztenderd

módszereknél ismert didaktikus edukálás helyett az önségítésen alapuló terápiában az elméleti alapok megszerzése a páciens saját feladata és felelőssége lett. A sztenderd CBT-ben a kezelő és páciens közötti kapcsolat az elméleti és gyakorlati alapok átadásával fokozatosan válik egyenrangúvá, míg végül a páciens aktivitása lesz a döntő (Dobson és Dozois, 2019). Ezzel szemben az alacsony intenzitású intervenciók során a terapeuta végig csak facilitáló, támogató szerepet vesz fel, és a hangsúly az önségítésen alapuló technikákon van.

Az alacsony intenzitású terápiák mellett, hogy az alapellátáson belül hozzáférhetővé és megfizethetővé teszik a pszichológiai intervenciókat a páciensek számára, tehermentesítik a magasan képzett szakembereket. Ez lehetővé teszi, hogy a súlyos, azonnali beavatkozást igénylő állapotok kezelése

elsőbbiséget élvezhessen, ezzel párhuzamosan pedig a mentálhigiénés és szociális ellátórendszerre nehezedő teher is jelentősen csökken (Bower és Gilbody, 2005). Az intervenciók kiemelkedő mértékben személyre szabhatóak, és sosem látott rugalmasságot biztosítanak a kezelők és páciensek számára egyaránt.

Összefoglaló tanulmányunk fő üzenete, hogy az alacsony intenzitású terápiák alapjainban változtathatnák meg a betegellátást. Ennek lényegi része, hogy olyan integrált, heterogén szükségleteket kielégítő intervenciók legyenek elérhetőek, amelyek különböző progresszivitási szinteken a pszichés, szomatikus és viselkedésben megnyilvánuló problémákat egyszerre tudják kezelni (Dindo és mtsai, 2017), és az evidencián alapuló kognitív viselkedésterápiás módszertannal dolgoznak.

## SUMMARY

### THE PLACE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM: ANALYSIS OF THE LOW-INTENSITY INTERVENTIONS

*Background and aims:* The increasing rates of psychiatric disorders and the growing demand for evidence-based interventions have put a heavy burden on the mental health care system worldwide over the last couple of decades: the traditional health care system with its limited capacity is not able to properly satisfy the patients' needs anymore. The aim of this study is to present the initiatives to solve this problem, particularly the stepped care approach and the low intensity cognitive behavioral therapy interventions.

*Method:* We reviewed the international literature of the evidence-based cognitive behavioral therapy (CBT). For the extensive analysis of low intensity cognitive behavioral techniques – based on the methodology of CBT yet emphasizing self-helping skills – we used SWOT analysis.

*Results:* Reviewing the literature, research and clinical practice have repeatedly supported the effectiveness of the cognitive behavioral therapy in the treatment of several psychiatric and physical conditions.

*Conclusions:* An overall development of the mental health care system would be needed to implement the stepped care model and the time-limited, cost-effective, and flexible low

intensity interventions in our country. Using low intensity CBT as a part of the primary care would be beneficial not only for the personnel but for the patients as well; it could bring relief to the health care system, and evidence-based therapeutic interventions could be easily accessible for the patients.

*Keywords:* cognitive behavioral therapy, mental health care, stepped care, low-intensity psychological interventions, SWOT analysis

## IRODALOM

- ABDI, R., PAK, R. (2019): The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Personality and Individual Differences*, 142. 282–287.
- ALI, S., RHODES, L., MOREEA, O., MCMILLAN, D., GILBODY, S., LEACH, C., LUCOCK, M., LUTZ, W., DELGADILLO, J. (2017): How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy*, 94(July). 1–8.
- ANTAL-URAM D., HARSÁNYI L., PERCEL-FORINTOS D. (2018): Az alacsony intenzitású, bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápia Crohn-betegségben. *Orvosi Hetilap*, 159(9). 363–369.
- ASZTALOS B., LÁDONYI Z., TÉSENYI T. (2020): LIPI ajánlások szociális szakembereknek: Alacsony Intenzitású Pszichológiai Intervenciók további lehetőségeinek feltárása. In Karlovitz, J. T. (szerk.): *Reflexiók néhány magyarországi pedagógia-releváns kontextusra*. International Research Institute s.r.o., Komárno. 146–156.
- BANDELOW, B., MICHAELIS, S. (2015): Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3). 327–335.
- BARKHAM, M., SAXON, D. (2018): The effectiveness of high-intensity CBT and counselling alone and following low-intensity CBT: A reanalysis of the 2nd UK National Audit of Psychological Therapies data. *BMC Psychiatry*, 18(1). 1–5.
- BATTAGLIESE, G., CACCETTA, M., LUPPINO, O. I., BAGLIONI, C., CARDI, V., MANCINI, F., BUONANNO, C. (2015): Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75(November). 60–71.
- BECK, A. T., DOZOIS, D. J. A. (2011): Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62(1). 397–409.
- BENNETT-LEVY, J., RICHARDS, D. A., FARRAND, P., CHRISTENSEN, H., GRIFFITHS, K. M., KAVANAUGH, D. J., KLEIN, B., LAU, M. A., PROUDFOOT, J., RITTERBAND, L., WHITE, J., WILLIAMS, C. (eds) (2010): *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford University Press, Oxford.
- BOWER, P., GILBODY, S. (2005): Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1). 11–17.



- BUTLER, A., CHAPMAN, J., FORMAN, E., BECK, A. (2006): The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1). 17–31.
- CAVANAGH, K. (2014): Geographic inequity in the availability of cognitive behavioural therapy in England and Wales: A 10-year update. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4). 497–501.
- CLARK D. M. (2018): Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(May). 159–183.
- CRASKE, M. G. (2018): Honoring the Past, Envisioning the Future: ABCT's 50th Anniversary Presidential Address. *Behavior Therapy*, 49(2). 151–164.
- CUIJPERS, P. (2017): Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58(1). 7–19.
- CUIJPERS, P., SIJBRANDIJ, M., KOOLE, S. L., ANDERSSON, G., BEEKMAN, A. T., REYNOLDS, C. F. (2014): Adding Psychotherapy to Antidepressant Medication in Depression and Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Focus*, 12(3). 347–358.
- DINDO, L., VAN LIEW, J. R., ARCH, J. J. (2017): Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3). 546–553.
- DOBSON, K. S., DOZOIS, D. J. A. (eds) (2019): *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Fourth Edition. The Guilford Press, New York, NY.
- EGAN, S. J., WADE, T. D., SHAFRAN, R. (2012): The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3). 279–294.
- FAUSTINO, B. (2021): Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(2). 233–246.
- GBD 2017 – DISEASE AND INJURY INCIDENCE AND PREVALENCE COLLABORATORS (2018): Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159). 1789–1858.
- GRIERSON, A. B., HICKIE, I. B., NAISMITH, S. L., SCOTT, J. (2016): The role of rumination in illness trajectories in youth: Linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological Medicine*, 46(12). 2467–2484.
- HALLER, E., BESSON, N., WATZKE, B. (2019): “Unrigging the support wheels” – A qualitative study on patients’ experiences with and perspectives on low-intensity CBT. *BMC Health Services Research*, 19(1). 1–13.
- HASIN D. S., SARVET, A. L., MEYERS, J. L., SAHA, T. D., RUAN, J., STOHL, M., GRANT, B. F. (2018): Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4). 336–346.
- HAZELL, C., HAYWARD, M., CAVANAGH, K., STRAUSS, C. (2016): A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review*, 45. 183–192.

- HELMS, M. M., NIXON, J. (2010): Exploring SWOT analysis – where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, 3(3). 215–251.
- HOFMANN, S. G., ASNAANI, A., VONK, I. J. J., SAWYER, A. T., FANG, A. (2012): The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5). 427–440.
- HSU, K. J., BEARD, C., RIFKIN, L., DILLON, D. G., PIZZAGALLI, D. A., BJÖRGVINSSON, T. (2015): Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, 188. 22–27.
- KELLOGG, S. H., YOUNG, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4). 445–458.
- KUYKEN, W., HAYES, R., BARRETT, B., BYNG, R., DALGLEISH, T., KESSLER, D., LEWIS, G., WATKINS, E., BREJCHA, C., CARDY, J., CAUSLEY, A., COWDEROY, S., EVANS, A., GRADINGER, F., KAUR, S., LANHAM, P., MORANT, N., RICHARDS, J., SHAH, P., SUTTON, H., VICARY, R., WEAVER, A., WILKS, J., WILLIAMS, M., TAYLOR, R. S., BYFORD, S. (2015): Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988). 63–73.
- LAMBERT, M. J. (2017): Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2). 80–89.
- LEIGH, D. (2006): SWOT Analysis. In Pershing J. A. (ed.): *Handbook of Human Performance Technology: Principles, Practices, and Potential*. John Wiley & Sons, San Francisco, CA. 1089–1108.
- LOPEZ, J., REES, M., CASTRO ROMERO, M. (2013): Are low-intensity CBT interventions effective and meaningful for the Latino community in the UK? *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(4). 410–425.
- LOVELL, K., BOWER, P., GELLATLY, J., BYFORD, S., BEE, P., MCMILLAN, D., ARUNDEL, C., GILBODY, S., GEGA, L., HARDY, G., REYNOLDS, S., BARKHAM, M., MOTTRAM, P., LIDBETTER, N., PEDLEY, R., MOLLE, J., PECKHAM, E., KNOPP, J., PRICE, O., ROBERTS, C. (2017): Low-Intensity CBT Interventions for Obsessive Compulsive Disorder Compared to Waiting List for Therapist-Led CBT: 3-Arm Randomised Controlled Trial of Clinical Effectiveness. *PLoS Medicine*, 14(6). e1002337.
- MANSELL, W., HARVEY, A., WATKINS, E. R., SHAFRAN, R. (2008): Cognitive Behavioral Processes Across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3). 181–191.
- NAEEM, F., PIKARD, J., RAO, S., AYUB, M., MUNSHI, T. (2017): Is it possible to provide low-intensity cognitive behavioral treatment (CBT Lite) in Canada without additional costs to the health system? First-year evaluation of a pilot CBT Lite program. *International Journal of Mental Health*. 46(4). 253–268.
- PERCZEL-FORINTOS, D. (2010): Kognitív pszichoterápia alkalmazása a személyiségzavarok kezelésében. *Orvostudományok*, 85(4). 358–365.

- PERCZEL-FORINTOS, D. (2011): The availability of evidence based psychotherapies. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1). 3–10.
- PRETZER, J., BECK, A. (2005): A Cognitive Theory of Personality Disorders. In Lenzenweger, M. F., Clarkin J. F. (eds): *Major Theories of Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, NY. 43–113.
- PUREBL, G. (2018): Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Oriold és Társai Kiadó Kft., Budapest. 8–10.
- THWAITES, R., CAIRNS, L., BENNETT-LEVY, J., JOHNSTON, L., LOWRIE, R., ROBINSON, A., TURNER, M., HAARHOFF, B., PERRY, H. (2015): Developing Metacompetence in Low Intensity Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) Interventions: Evaluating a Self-Practice/ Self-Reflection Programme for Experienced Low Intensity CBT Practitioners. *Australian Psychologist*, 50(5). 311–321.
- TURNER, D. T., VAN DER GAAG, M., KARYOTAKI, E., CUIJPERS, P. (2014): Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry*, 171(5). 523–538.
- VAIDA, S., ORMENIŞAN, M. C. (2013): From Plato to Ellis. A short investigation of the concept of emotions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78. 571–575.
- WALLER, H., GARETY, P. A., JOLLEY, S., FORNELLS-AMBROJO, M., KUIPERS, E., ONWUMERE, J., WOODALL, A., EMSLEY, R., CRAIG, T. (2013): Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1). 98–104.
- WANG, P. S., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BORGES, G., BROMET, E. J., BRUFFAERTS, R., DE GIRLOLAMO, G., DE GRAAF, R., GUREJE, O., HARO, J. M., KARAM, E. G., KESSLER, R. C., KOVASS, V., LANE, M. C., LEE, S., LEVINSON, D., ONO, Y., PETUKHOVA, M., POSADA-VILLA, J., SEEDAT, S., WELLS, J. E. (2007): Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590). 841–850.
- WELLS, A. (2008): Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6). 651–658.