

Intenzív kognitív viselkedésterápiás csoport pánikbetegség kezelésére

Perczel-Forintos Dóra dr. ■ Kovács Illés Áron ■ Elek Livia Priyanka

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

Bevezetés: A pánikbetegség az egyik leggyakrabban előforduló szorongásos zavar, prevalenciája folyamatosan növekszik a COVID-19-pandémia óta. Az egyre nagyobb számban kezelésre szoruló páciensek hatalmas terhet jelentenek az egészségügyi ellátórendszer számára, ami felhívja a figyelmet az alacsony intenzitású, rövid és hatékony pszichológiai intervenciók fontosságára a mentális zavarok ellátásában, különösen az alapellátás területén. A nemzetközi irányelvek szerint a pánikbetegség kezelésének bizonyítottan hatékony módja a kognitív viselkedésterápia, amely a pánikbetegség kognitív modelljén alapul. Eszerint azoknál a személyeknél alakul ki pánikroham, akik a normális stresszreakció tüneteit katasztrofizálják, azaz súlyos testi betegség jelének tartják, és erre heves szorongással reagálnak.

Célkitűzés: Salkovskis és Clark (1986) alapján kidolgoztuk egy 5 alkalmas, intenzív kognitív viselkedésterápiás csoport tematikáját pánikbetegek részére.

Módszer: A rövid, csoportos kognitív viselkedésterápia hatékonyságát kérdőívek (Spielberger Állapotszorongás Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív), valamint egy szubjektív skála használatával mértük fel. Az eredmények értékeléséhez páros mintás *t*-próbát alkalmaztunk.

Eredmények: Eredményeink szerint a szorongás és a hangulati panaszok intenzitása ($t(36) = 5,497$, $p < 0,0001$; $Z = -4,871$, $p < 0,0001$), valamint a pánikrohamok szubjektív gyakorisága ($Z = -5,190$, $p < 0,0001$) is nagyfokú szignifikáns csökkenést mutatott a csoport előtt mért értékekhez képest.

Megbeszélés és következtetés: Klinikai vizsgálatunk az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók eredményességére hívja fel a figyelmet, bizonyítottan hatékony protokollt kínálva az alapellátásban dolgozó szakemberek számára.

Orv Hetil. 2023; 164(42): 1665–1672.

Kulcsszavak: pánikbetegség, csoportos kognitív viselkedésterápia, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók, 5 ülés, bizonyítottan hatékony módszerek

Intensive cognitive behavioral group therapy for the treatment of panic disorder

Introduction: Panic disorder is one of the most commonly occurring emotional disorder, showing increased prevalence rates since the COVID-19 pandemic. The ever-growing number of patients in need of treatment is a heavy burden on the healthcare system, which draws attention to the importance of low-intensity, short and effective psychological interventions in the treatment of mental disorders, especially in the field of primary care. According to international guidelines, the recommended evidence-based treatment of panic disorder is cognitive behavioral therapy, which is based on the cognitive model of panic disorder. According to the model, a panic attack develops in those who catastrophize the symptoms of the normal stress reaction, *i.e.*, consider them a sign of a serious physical illness such as heart-attack and react to this with intense anxiety.

Objective: Based on Salkovskis and Clark (1986), we developed a 5 session, intensive cognitive behavioral group therapy protocol for panic patients.

Method: Effectiveness of the short group therapy was assessed with questionnaires (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory) and an additional subjective scale. Paired sample *t*-tests were conducted.

Results: Our results suggest that the intensity of anxiety and depressive symptoms ($t(36) = 5.497$, $p < 0.0001$; $Z = -4.871$, $p < 0.0001$) as well as the frequency of panic attacks ($Z = -5.190$, $p < 0.0001$) decreased significantly after the 5 session group therapy.

Discussion and conclusion: Our clinical study provides further evidence by the effectiveness of low-intensity psychological interventions, offering an evidence-based protocol for professionals working in primary as well as mental health care.

Keywords: panic disorder, group cognitive behavioral therapy, low-intensity psychological interventions, 5 sessions, evidence-based

Perczel-Forintos D, Kovács IÁ, Elek LP. [Intensive cognitive behavioral group therapy for the treatment of panic disorder]. Orv Hetil. 2023; 164(42): 1665–1672.

(Beérkezett: 2023. július 17.; elfogadva: 2023. augusztus 9.)

Rövidítések

BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; CBT = kognitív viselkedésterápia; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; NICE = (National Institute for Health and Clinical Excellence) Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (Egyesült Királyság); STAI-S = (State-Trait Anxiety Inventory) Spielberger Állapot-szorongás Kérdőív

A szorongásos kórképek gyakorisága hazánkban megközelítőleg 12% [1], ezen belül is a pánikbetegség a(z egyik) leggyakoribb; élettartam-prevalenciája 4,4%, egyéves prevalenciája 3,8%, míg legalább egy pánikroham átélése a populáció 8–10%-át érinti [2–4]. A COVID-19-pandémiát követően a szorongásos zavarok előfordulása világszerte egyre növekvő tendenciát mutat, 2021-ben mindössze egy év alatt 26%-os növekedés volt kimutatható [5]. Hazai adatok alapján a válaszadók 37,5%-a nagy észlelt stresszről számolt be a pandémia idején, ami szignifikáns emelkedést jelent a korábbi évek felméréseihez képest, és nemzetközi mintákhoz viszonyítva is élen járt a magyar társadalom a szorongásos panaszok tekintetében [6].

A gyakoriság növekedésével a szorongásos panaszokkal küzdők ellátása egyre nagyobb kihívást jelent az egészségügyben dolgozó szakemberek számára, ami a hatékony kezelési módok kialakításának és elérhetőségének szükségességére hívja fel a figyelmet [7, 8].

A járványügyi helyzet okozta kihívásokkal szemben – mint az egészségügyi ellátórendszer kapacitáshiánya, valamint a pszichoterápiás ellátást igénylő, folyamatosan növekvő esetszámok – megoldást jelenthetnek a csoportterápiás ellátási formák. A nemzetközi irányelvek szerint a szorongásos zavarok esetében elsődlegesen választandó kezelési forma a kognitív viselkedésterápia, melynek hatékonyságát számos randomizált, kontrollált vizsgálat és metaanalízis eredménye alátámasztja [9–12].

A NICE-irányelvek az alapellátás területén az enyhe, mérsékelt vagy speciális ellátást nem igénylő szorongásos zavarok kezelésére elsődlegesen a kognitív viselkedésterápiás alapú, alacsony intenzitású intervenciókat javasolják [13]. Követve a kognitív viselkedésterápia alapelveit, az alacsony intenzitású intervenciók tudományosan igazolt, strukturált, egyéni vagy csoportos formában (4–6 alkalom) történő, időhatáros beavatkozások. Az alacsony intenzitású beavatkozások egyben alacsony küszöbűek is, mivel az enyhébb panaszok időben történő ellátása egyben megelőzi a probléma súlyosabbá válását, azaz preventív jellegű. Az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók sajátos eszköztárra épülnek, és önszorgó anyagokat is alkalmaznak könyvek és/vagy internetes források formájában [14, 15].

Számos tanulmány igazolja, hogy a kognitív viselkedésterápia csoportos alkalmazása az egyéni terápiával azonos hatékonyságú a szorongásos zavarok [16–18] esetében, továbbá az alacsony intenzitású intervenciók

hatékonysága is igazolt egyéni formában [19, 20]. Ezzel szemben kevés tanulmány érhető el az alacsony intenzitású intervenciók csoportos alkalmazásának tapasztalatairól a szorongásos zavarok kezelésében [21]. A pánikrohamok hatékony kezelése azért is fontos feladat, mert a pánikbetegségen túl számos szorongásos megbetegedésben előfordulnak pánikrohamok. A pánikroham tünetei a reszketés, remegés, zsibbadás, légszomj, fuldoklás, mellkasi diszkomfort, hányinger, palpitáció, izzadás vagy hidegrázás, derealizáció, deperszonalizáció, valamint a megőrléstől és a haláltól való félelem. Jellemző, hogy a tünetek közül legalább négynek fenn kell állnia, és 10 perc alatt el kell érnie maximális intenzitását – ezért beszélünk rohamról. A tünetek következtében anticipátoros szorongás és/vagy elkerülő viselkedés kialakulása is jellemző [15, 22]. Tanulmányunkban a pánikbetegség kezelésére kidolgozott intenzív, 5 üléses kognitív viselkedésterápia célkitűzéseit, fő lépéseit, valamint hatékonyságának felmérését szeretnénk bemutatni.

Módszer

Résztvevők

A vizsgálatban 37 fő vett részt, mindannyian az SE ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszékének Szakambulanciáján jelentkező, 18–65 év közötti páciensek voltak. A beválogatási kritériumok a következők voltak: pánikzavarral, (és/vagy agorafóbiával) diagnosztizált páciensek, akik pánikrohamok előfordulásáról számoltak be. A csoportba szakorvosi vagy háziorvosi beutalóval lehetett jelentkezni. Kizárási kritériumok: személyiségzavar, bipoláris affektív zavar, skizofrénia, pszichózis, organikus és szimptomás mentális zavarok, mentális retardáció diagnózisával rendelkezők, szerhasználók, vagy akiknél súlyos depresszív epizód volt megállapítható a szűrővizsgálat során. Azoknak a pácienseknek, akik nem nyertek felvételt a csoportba, egyéni terápiát ajánlottunk, vagy indokolt esetben egyéb ellátás irányába tettünk javaslatot. A minta 35%-a farmakoterápiában is részesült, ez azonban minden esetben legalább három hónappal a csoport előtt kezdődött. A mintára jellemző demográfiai adatok az 1. táblázatban olvashatók.

Mérőeszközök

A kérdőíves felmérés két alkalommal történt: a csoport elkezdése előtt, a pszichológiai első interjú alkalmával, valamint az utolsó ülésen. A vizsgálatban a következő kérdőíveket alkalmaztuk: Beck Depresszió Kérdőív (BDI) [23, 24], Spielberger Állapotszorongás Kérdőív (State-Trait Anxiety Inventory – STAI-S) [24–26]. A BDI az egyik legszélesebb körben alkalmazott kérdőív a depresszió súlyosságának megállapítására. A mérőeszköz jó reliabilitású, és alkalmazásával jól követhető a hangulat változása, így mind a kutatásban, mind a terápia folyamatos követésében hasznos eszköz [27]. A STAI-S

1. táblázat | A vizsgálati mintára jellemző demográfiai adatok (n = 37)

Életkor	Átlag (év)	40,8	
	Szórás (év)	10,7	
Nem	Férfi	10	27%
	Nő	27	73%
Iskolázottság	Felsőfokú végzettség	22	59,5%
	Középfokú végzettség	14	37,8%
	Alapfokú végzettség	1	2,7%
Családi állapot	Házassági vagy élettársi kapcsolat	24	64,9%
	Elvált	2	5,4%
	Egyedülálló	11	29,7%

a szubjektíven átélt szorongás mérésére alkalmazott, rendkívül elterjedt és a reliabilitásvizsgálatok szerint kiemelkedően megbízható mérőeszköz [28]. A kérdőívek mellett a pánikrohamok gyakoriságának mérésére szubjektív becsülésskálát is alkalmaztunk, amelyen a résztvevők 10 fokú Likert-skálán osztályozták a pánikrohamok gyakoriságát.

Eljárás

A csoportokat az SE ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszékén tartottuk ambuláns formában, hetente egy alkalommal. A különböző ellátási szintekre (budapesti háziorvosi rendelők, pszichiátriai osztályok, pszichiátriai gondozók), valamint internetes fórumokra kiküldött hirdetések

nyomán 60 személy jelentkezett a csoportokba. A jelentkezés és a részvétel önkéntes volt, sok esetben a páciensek kezelőorvosa vagy pszichológusa javasolta a csoportot. A jelentkezők első interjún vettek részt, amelynek célja diagnosztikai kivizsgálás és a csoportra való alkalmasság felmérése volt. Az első interjút követően kérdőíves állapotfelmérésre is sor került, amelyet exploráció és anamnéziszfelvétel egészített ki. Az állapotfelmérés minden esetben a csoport kezdését megelőző két hétben zajlott. Az egyes ülések 1,5 óra hosszúságúak voltak, és összesen 6 hét leforgása alatt zajlottak le. Az első négy ülés egymást követő heteken, az utolsó (5.) ülés a 4. alkalom után két héttel valósult meg.

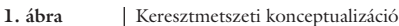
A pánikbetegség intenzív CBT csoportterápiájának tematikája

Az intenzív, 5 alkalomból álló csoportterápia a pánikbetegség *Salkovskis és Clark* (1986) szerinti kognitív modelljén alapult [29–31], amelyet számos hatékonyságvizsgálat támaszt alá. Eszerint azoknál a személyeknél alakul ki pánikroham, akik a mindennapi, normális stresszreakció tüneteit súlyos testi betegség jelének tartják, azaz félreértelmezik és extrém módon felnagyítják, azaz katasztrofizálják. A vezető tünet alapján a pánikbeteg három nagy csoportba osztható:

1) Akiknél a palpáció a vezető tünet, azok ezt szívroham jeleként interpretálják, és a kogníciók tartalma a meghalástól való félelem köré szerveződik.

2. táblázat | A csoport tematikájának ismertetése ülésenként

Ülés	Tematika
1.	<i>Pszichoedukáció és szocializálás: a pánikroham tüneteinek átbeszélése</i> – A pánikrohamokhoz tartozó negatív automatikus gondolatok átbeszélése – A kognitív modell ismertetése – keresztmetszeti kép (1. ábra) – A beavatkozási pontok ismertetése (viselkedés és kogníciók szintje)
2.	<i>A katasztrofizáció szerepe a pánikrohamok kialakulásában</i> – A <i>felnagyítás</i> és a <i>katasztrofizálás</i> szerepe a pánikbetegség kialakulásában és fenntartásában: például a pánikbeteg egy adott testi jelenséget könnyen felnagyítanak vagy katasztrofizálnak: heves szívdobogás = szívrohamom van – <i>Pszichoedukáció</i> a szorongás fordított u alakú görbéjéről: a szorongás fiziológiai természeténél fogva egy ideig növekszik, majd a csúcspontot elérve csökkenni kezd
3.	<i>Biztonsági viselkedések és viselkedéss próbák</i> – Biztonsági viselkedés = minden olyan viselkedés, amelyet a vélt katasztrófa elkerülése érdekében végez a személy, például a páciens mindig visz magával gyógyszert vagy elkerüli a járművek használatát – A biztonsági viselkedések <i>kettős funkciója</i> : a) Ha nem következett be pánikroham, azt gondolhatja a személy, hogy a biztonsági viselkedés segített a pánikroham megelőzésében b) Ha pánikroham következett be, azt gondolhatja a személy, hogy a biztonsági viselkedés segített a pánikroham leküzdésében – A <i>vezető tünetek reális helyzetben való megtapasztalása</i> (például palpáció megtapasztalása testedzés közben)
4.	<i>Átstrukturálás</i> – A cél a valós, <i>reális</i> magyarázat megtalálása a tünetek kialakulására vonatkozóan. Mi lehet a tünetek hátterében, mivel magyarázható egy tünet a katasztrofizáló értelmezés helyett? – A helyzetek <i>értelmezése</i> döntően befolyásolja azt, hogy <i>hogyan érezzük magunkat</i> – Átstrukturálás a csoporttagok példáiin keresztül (tünet- NAG-reális magyarázat)
5.	<i>Félreértelmezések, katasztrofizálások és átstrukturálás ismétlése, a visszaesés megelőzése, összefoglalás</i>



- A fentiek alapján a pánikbetegség kognitív viselkedésterápiájának fő célja, hogy az arra hajlamos személyek a stresszhelyzetben ne katasztrofizálják a stressz fizikai tüneteit, hanem megtanulják felismerni szorongásos, stresszes panaszuk reális okát (például sportolást követő-

A CBT csoport tematikáját a 2. táblázatban foglaltuk össze.

- 1) Feltételeztük, hogy a csoportban való részvétel hatására a páciensek szorongás- és depressziószintje csökkenni fog.
- 2) Feltételeztük, hogy a csoportban való részvétel hatására a páciensek által átélt pánikrohamok gyakorisága csökkenést mutat majd.

A statisztikai elemzésekhez az SPSS 21 for Windows programot használtuk (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Az adatok feldolgozásához leíró statisztikai számításokat, az átlagok összehasonlításához a t -próbát vagy nemparametrikus megfelelőjét alkalmaztuk. A normális eloszlásra vonatkozó hipotézisvizsgálat eredményeit az *1. mellékletben* ismertetjük.

A jelentkezők közül 37 személy felelt meg a beválogatási kritériumoknak, közülük 13-an (35%) farmakoterápiában részesültek. A résztvevők 9–10 fős csoportokban

A vizsgálati minta	A Shapiro–Wilk-próba eredményei
Spielberger Állapotszorongás Kérdőív a csoport megkezdése előtt (STAI-S, 1)	$W = 0,979$, $p = 0,698$
Spielberger Állapotszorongás Kérdőív a csoport után (STAI-S, 2)	$W = 0,967$, $p = 0,324$
Beck Depresszió Kérdőív a csoport megkezdése előtt (BDI, 1)	$W = 0,949$, $p = 0,086$
Beck Depresszió Kérdőív a csoport után (BDI, 2)	$W = 0,949$, $p = 0,019$
A pánikrohamok szubjektív gyakorisága a csoport előtt (Likert-skála 1–10)	$W = 0,948$, $p = 0,086$
A pánikrohamok szubjektív gyakorisága a csoport után (Likert-skála 1–10)	$W = 0,919$, $p = 0,010$

3. táblázat | Az állapotfelmérő kérdőívek eredményeinek összehasonlítása a farmakoterápiában részesülő és a farmakoterápiában nem részesülő csoportok között

	Farmakoterápiában nem részesült	Farmakoterápiában részesült	A statisztikai próba eredménye
Spielberger Állapotszorongás Kérdőív (STAI-S, 1)	55,3	49,9	$t(35) = 1,500$, $p = 0,143$
Beck Depresszió Kérdőív (BDI, 1)	20,1	16,3	$t(35) = 1,616$ $p = 0,115$
A pánikrohamok szubjektív gyakorisága (Likert-skála 1–10)	5,6	5,3	$Z = -0,226$ $p = 0,821$

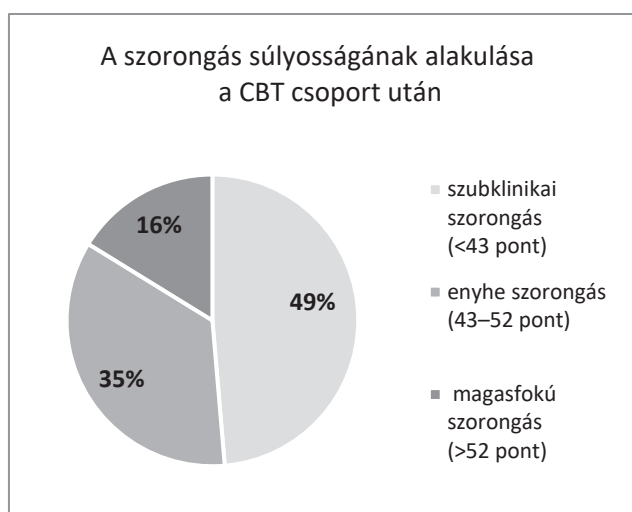
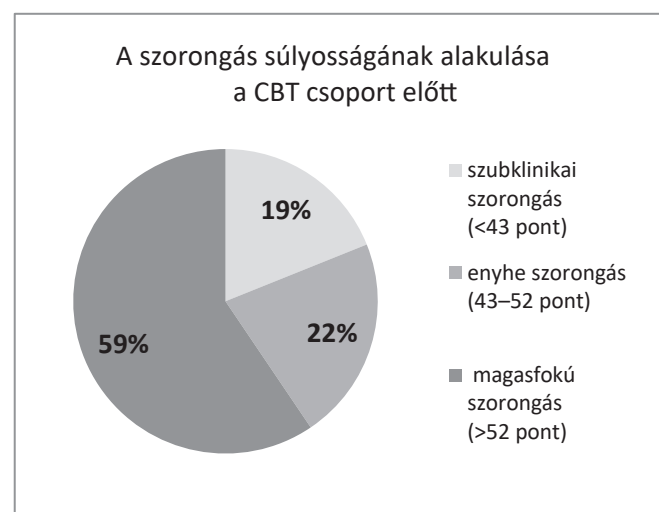
kaptak kezelést. A farmakoterápiában részesülő és nem részesülő résztvevők kezdeti állapotfelmérő kérdőíveit a normális eloszlás függvényében független mintás t -próbával, illetve nemparametrikus megfelelőjével (Mann-Whitney U-próba) hasonlítottuk össze (1. melléklet). Az elemzés alapján a csoportot megelőző állapotfelmérés eredménye egyik változó mentén sem különbözött a gyógyszeres terápiában részesülők és az abban nem részesülők között, ezért az elemzést egységesen folytattuk,

statisztikailag egységesen egy csoportként kezelve őket (3. táblázat).

A csoport megkezdése előtt a résztvevők 59%-ánál nagy fokú szorongás volt jellemző (2. ábra), és csoportszinten is emelkedett állapotszorongást jelzett a kérdőív (STAI-S: 53,7; 4. táblázat). A csoport előtt felvett állapotfelmérő kérdőívek eredményei alapján a részt vevő páciensek 49%-ánál enyhe depressziót jelzett a kérdőív és a csoportátlag is ezzel összhangban alakult (BDI-átlag: 18,7; 4. táblázat). A páciensek által átélt pánikrohamok szubjektív gyakorisága 5,6-/10 volt (4. táblázat).

A szorongás változásának vizsgálatára páros mintás t -próbát alkalmaztunk. Az eredmények alapján a csoport után mért szorongás intenzitása szignifikáns csökkenést mutat a csoport előtt mért értékekhez képest (3. ábra és 4. táblázat). A 2. ábrán látható, hogy a CBT csoportot követően a páciensek 84%-a a kezdetinél alacsonyabb, szubklinikai vagy csak enyhe szorongásról számolt be, ami a csoport előtt csak a résztvevők 41%-ára volt igaz.

A depresszív tünetek változását és a pánikrohamok szubjektív gyakoriságának alakulását a páros mintás t -próba nemparametrikus megfelelőjével mértük fel (Wilcoxon-próba). Az eredmények alapján a depresszív tünetek szignifikáns csökkenést mutatnak a csoport ele-

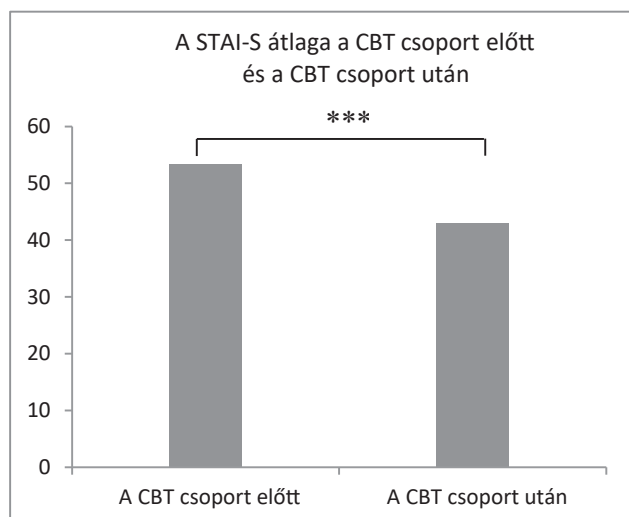


2. ábra | A Spielberger Állapotszorongás Kérdőív (STAI-S) alapján mért szorongásos tünetek előfordulása a CBT csoport előtt és a CBT csoport után, $p < 0,0001$

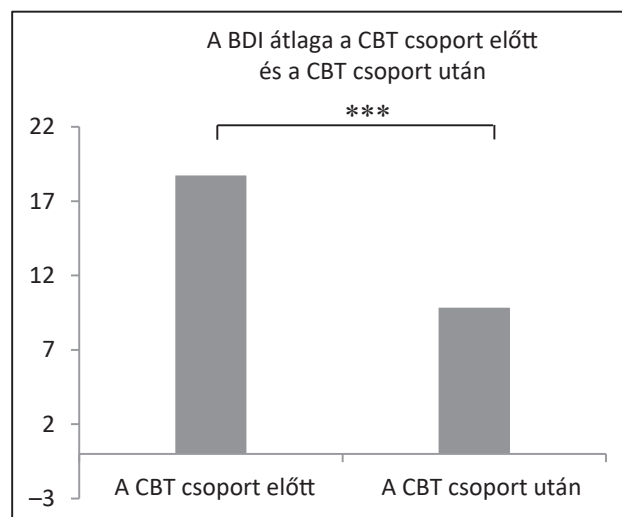
4. táblázat | A depresszió, a szorongás és a pánikrohamok gyakoriságának változása, a CBT csoport előtt és után, átlagértékekkel szemlélítve

	CBT csoport előtt		CBT csoport után		A statisztikai próba eredménye	Hatásnagyság Cohen-féle d-érték
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás		
STAI-S	53,43	10,65	43,00	9,48	$t(36) = 5,497$ $p < 0,0001$	$d = 0,904$
BDI	18,73	7,07	9,83	6,97	$Z = -4,871$ $p < 0,0001$	$d = 1,347$
A pánikrohamok gyakorisága	5,51	1,78	2,89	1,54	$Z = -5,190$ $p < 0,0001$	$d = 1,567$

BDI = Beck Depresszió Kérdőív; STAI-S = Spielberger Állapotszorongás Kérdőív



3. ábra | A Spielberger Állapotszorongás Kérdőív (STAI-S) átlaga a CBT csoport előtt és a CBT csoport után
*** $t(36) = 5,497$; $p < 0,0001$



4. ábra | A Beck Depresszió Kérdőív (BDI) átlaga a CBT csoport előtt és a CBT csoport után
*** $Z = -4,871$; $p < 0,0001$

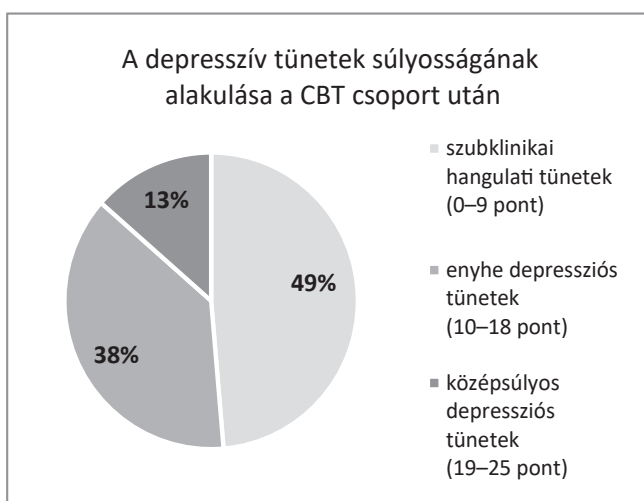
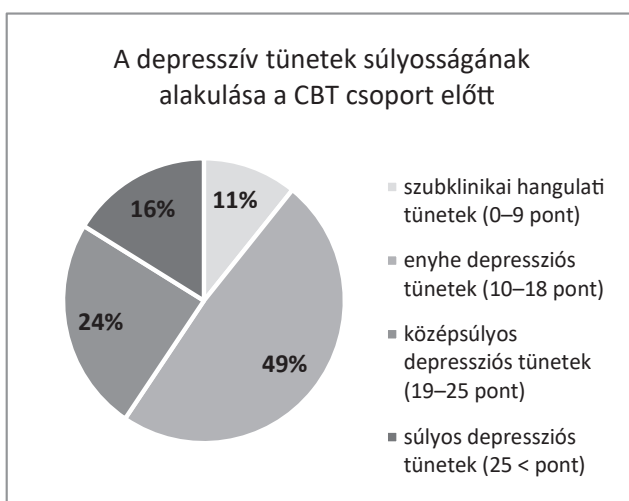
jén mért értékekhez képest (4. ábra és 4. táblázat). A páciensek 49%-a szubklinikai szintű panaszokról számolt be, ami a csoport előtt csupán a minta 11%-át jellemezte. A csoportot követően súlyos panaszok egyetlen résztvevőnél sem fordultak elő (5. ábra).

Hipotézisünkkel összhangban a pánikrohamok szubjektív gyakorisága is szignifikáns csökkenést mutatott a csoport elején mért értékekhez képest, azaz heti 5,51-ről 2,89-re csökkent a pánikrohamok gyakorisága a páciensek beszámolója szerint az 5 alkalom során (6. ábra és 4. táblázat).

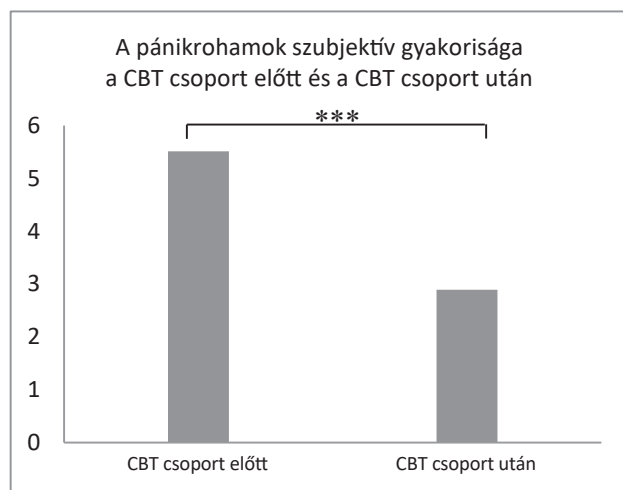
Megbeszélés

A jelen tanulmányban kísérletet tettünk arra, hogy a külföldi szakirodalomban számos helyen javasolt csoportos kognitív viselkedésterápiás kezelések nyomán adaptál-

junk egy olyan módszert, amely a hazai, hosszú terápiákat preferáló pszichológiai kultúrától nagymértékben különbözik, ugyanakkor amelyről elmondható, hogy jól illeszkedik a pánikbetegek speciális igényeihez, és amely megfelel a korszerű egészségügyi ellátás kívánalmainak. Az ambuláns csoportos ellátási forma lehetőséget biztosít arra, hogy a pánikbetegek széles köre kapjon segítséget relatíve rövid idő alatt, illetve ez az ellátási mód jóval költséghatékonyabb, mint az egyéni pszichoterápiás kezelés. Ezen túlmenően a pánikbetegek kognitív viselkedésterápiás csoportban történő kezelése alkalmas lehet arra is, hogy a modern egészségügyi ellátásban egyre inkább indokolt alapellátási szinten is alkalmazható legyen. Vizsgálatunkban az intenzív kognitív viselkedésterápiás csoportban részt vevő pácienseknek mind a szorongásszintje, mind az általuk szubjektíve átélt pánikrohamok gyakorisága szignifikánsan csökkent. Eredményeink



5. ábra | A Beck Depresszió Kérdőív (BDI) alapján mért hangulati tünetek alakulása a CBT csoport előtt és a CBT csoport után, $p < 0,0001$



6. ábra

A pánikrohamok szubjektív gyakoriságának átlaga a CBT csoport előtt és a CBT csoport után

*** $Z = -5,190$; $p < 0,0001$

alapján elmondható, hogy a vizsgálati csoportokban alkalmazott kognitív viselkedésterápiás intervenció hatékonynak bizonyult a tünetek csökkentése szempontjából.

Eredményeink alapján külön említést érdemel a hangulati tünetek alakulása a csoport előtt és azt követően. Annak ellenére, hogy az 5 ülés kognitív viselkedésterápiás csoport fókuszába a pánikrohamok során jellemző katasztrófizáció, illetve a hétköznapi szorongásos tünetek kerültek, a részt vevő páciensek hangulati tünetei is szignifikáns csökkenést mutattak a csoport után. Ez az eredmény a kognitív viselkedésterápiás intervenciók transzdiagnosztikus jellegére világít rá, bizonyítottan hatékony eszköztárat kínálva az alapellátásban dolgozó szakemberek számára. Vizsgálatunk azonban a minta elemszáma miatt inkább előtanulmánynak tekinthető, az intenzív kognitív viselkedésterápiás csoport hatékonyságának differenciálabb mérése érdekében szükség van kontrollcsoportos vizsgálatokra is. Ezt klinikai mintában várólistás vizsgálati személyek, csak gyógyszeres kezelésben részesülő személyek, egyéni szupportív csoport-pszichoterápiában részt vevő vagy szokásos kezelésben („treatment as usual”) részesülő páciensek bevonásával lehetne megvalósítani. A módszer hosszabb távú hatásának felméréséhez feltétlenül szükséges lenne a résztvevők aktív utánkövetése. A szakirodalmi adatok alapján a csoportos kezelés hatékonyságát a kezelést követő 3., 6., illetve 12. hónapban történő utánkövető vizsgálatok is jelezhetik. Ezt feltétlenül meg kellene vizsgálni hazánkban is, hiszen ez bizonyítaná a kezelés hosszú távú eredményességét. A pánikbetegség ellátásában számos szakember vesz részt, a háziorvosi szinttől, a gondozókon és a pszichoterápiás ambulanciákon keresztül a pszichiátriai osztályokig. A klinikai gyakorlatban sajnálatos módon a korszerű elméleti ismeretek alkalmazása sok esetben várat magára, éppen ezért ennek megváltoztatása érdeké-

ben hazánkban sürgető a pánikbetegség tüneteire irányuló célzott és hatékony intervenciók alkalmazása mind a pszichiátriai és pszichológiai, mind pedig az alapellátásban.

Következtetés

Az 5 üléses, intenzív kognitív viselkedésterápiás protokoll bizonyítottan hatékony a pánikbetegség csoportos kezelésére. Az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók széles körű elterjedése költséghatékony megoldást jelenthet a szorongásos zavarok kezelésére, különösen az alapellátásban dolgozó szakemberek számára.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: P.-F. D.: A pszichoterápiás intézményes háttér biztosítása, a szupervízió biztosítása, CBT csoport tematikájának kidolgozása és megtanítása, a kézirat elméleti bevezetőjének megírása, a kész kézirat lektorálása. K. I. Á.: Szakirodalom-kutatás, a kézirat első változatának kialakítása, az eredmények értékelése, pszichoterápiás munka szupervízió mellett. E. L. P.: A kézirat véglegesítése, az eredmények értékelése, pszichoterápiás munka szupervízió mellett. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Belső N, Preubl Gy, Bánki MCs. Anxiety disorders. In: Németh A, Füredi J, Lazár J, et al. (eds.) The Hungarian handbook of psychiatry. [Szorongásos zavarok. In: Németh A, Füredi J, Lazár J, et al. (szerk.) A pszichiátria magyar kézikönyve.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2021; pp. 281–291. [Hungarian]
- [2] Culpepper L. Identifying and treating panic disorder in primary care. J Clin Psychiatry 2004; 65(Suppl 5): 19–23.
- [3] Szádóczky E. The prevalence of affective and anxiety disorders in Hungary. [Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon.] PrinTech Kiadó, Budapest, 2000. [Hungarian]
- [4] Ministry of Human Resources. Professional guidelines on panic disorder. [Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság Egészségügyi szakmai irányelv a pánikbetegségről.] Eü Közl. 2017; LXVI(15. szám): 3160. [Hungarian]
- [5] World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. WHO, Geneva, 16 June 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [accessed: June 5, 2023].
- [6] Szabó C, Pukánszky J, Kemény L. Psychological effects of the COVID-19 pandemic on Hungarian adults. Int J Pub Health 2020; 17: 9565.
- [7] Torza P, Hargittay Cs, Kalabay L. The importance of anxiety and depression in family practice. [A szorongás és a depresszió jelentősége a családorvosi gyakorlatban.] Neuropsychopharmacol Hung. 2017; 19: 137–146. [Hungarian]

- [8] Szádóczky E. Anxiety in family practice. [Szorongásoldás a háziorvosi gyakorlatban.] Hippocrates 2004; 6: 63–66. [Hungarian]
- [9] Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cognit Ther Res. 2012; 36: 427–440.
- [10] McKay D, Sookman D, Neziroglu F, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2015; 225: 236–246.
- [11] Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2022; 221: 507–519.
- [12] Ziffra M. Panic disorder: a review of treatment options. Ann Clin Psychiatry 2021; 33: 124–133.
- [13] National Institute for Health and Care Excellence. Anxiety disorders (NICE guideline QS53). NICE, London, 6 February 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53/resources/anxiety-disorders-pdf2098725496261> [accessed: June 5, 2023].
- [14] Papworth M. Introduction. In: Papworth M, Marrinan T, Martin B, et al. Low intensity cognitive-behaviour therapy: a practitioner's guide. SAGE Publications Ltd., Thousand Oak, CA, 2019; pp. 1–18.
- [15] Perczel-Forintos D. Methods and factors of standard cognitive therapy. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) Cognitive behavioral therapy. [A standard kognitív terápia módszerei és hatótényezői. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (szerk.) Kognitív viselkedésterápia.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 151–176. [Hungarian]
- [16] Sharp DM, Power KG, Swanson V. A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. Clin Psychol Psychother. 2004; 11: 73–82.
- [17] Marchand A, Roberge P, Primiano S, et al. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. J Anxiety Disord. 2009; 23: 1139–1147.
- [18] Radtke SR, Ollendick TH, Weems CF. Changes in anxiety control beliefs following a brief CBT treatment and their association with anxiety symptom reduction. Behav Ther. 2021; 52: 1408–1417.
- [19] Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, et al. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Med. 2010; 8: 38.
- [20] Otto MW, Tolin DF, Nations KR, et al. Five sessions and counting: considering ultra-brief treatment for panic disorder. Depress Anxiety 2012; 29: 465–470.
- [21] Yigman F, Efe C, Ekici E, et al. Effects of the five-session cognitive behavior group therapy for panic disorders: ultra-brief treatment. Int J Cogn Ther. 2021; 14: 552–565.
- [22] Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, et al. Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. Int J Methods Psychiatr Res. 2007; 16(Suppl 1): S52–S64.
- [23] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–571.
- [24] Perczel-Forintos D, Ajtay Gy, Barna Cs, et al. Questionnaires and scales in clinical psychology. [Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010; pp. 16–18., 39–41. [Hungarian]
- [25] Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA, 1970.
- [26] Sipos K, Sipos M. The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Diaz Guerrero R. (eds.) Cross-Cultural Anxiety. Vol 2. Hemisphere Publishing Corporation, Washington–London, 1983; pp. 51–61. 27–39.
- [27] Ágoston G, Szili I. Diagnostic questionnaires and scales. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. (eds.) The Hungarian handbook of psychiatry. [Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi J. Németh A, Tariska P. (szerk.) A pszichiátria magyar kézikönyve.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009. [Hungarian]
- [28] Stauder A, Konkoly-Thege B. Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale. [Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői.] Mentálhig Pszichoszom. 2006; 7: 203–216. [Hungarian]
- [29] Salkovskis PM, Jones DR, Clark DM. Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behaviour and pCO₂. Br J Psychiatry 1986; 148: 526–532.
- [30] Perczel D. Cognitive behavioral therapy. [Kognitív viselkedésterápia.] Psychiatr Hung. 1997; 12: 3. szám (Tematikus szám) [Hungarian]
- [31] Mórotz K. Cognitive behavioral therapy of agoraphobia and panic disorder. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) Cognitive behavioral therapy. [A pánikbetegség és az agorafóbia kognitív viselkedésterápiája. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (szerk.) Kognitív viselkedésterápia.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 231–262. [Hungarian]

(Perczel-Forintos Dóra dr.,
Budapest, Üllői út 25., 1091
e-mail:

perczel-forintos.dora@med.semmelweis-univ.hu)