

Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv –
A pszichoterápiás ellátásról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002237
Megjelenés dátuma:	2024. április 17.
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig érvényes
Kiadja:	Belügyminisztérium
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	5
1. Fogalmak	5
2. Rövidítések	7
3. Bizonyítékok szintje	7
4. Ajánlások rangsorolása	11
V. BEVEZETÉS	12
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	12
2. Felhasználói célcsoport	14
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel	15
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	17
VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	65
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	65
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	69
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	70
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	72
IX. IRODALOM	72
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	131
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	131
2. Irodalomkeresés, szelekció	131
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	131
4. Ajánlások kialakításának módszere	132
5. Véleményezés módszere	132
6. Független szakértői véleményezés módszere	132
XI. MELLÉKLET	132
1. Alkalmazást segítő dokumentumok	132

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, elnök, társszerző

2. Pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel) Tagozat (2023. december 21-ig)*

Prof. Dr. Németh Attila, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, orvosi rehabilitáció szakorvosa, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai

Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, elnök, társszerző

Dr. Gonda Xénia, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Habil. Csígyó Katalin, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Prof. Dr. Purebl György, pszichiáter, pszichoterapeuta, társszerző

Kiss Dániel Balázs, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Ozvald Gabriella, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Pszichiátria Tagozat

Prof. Dr. Réthelyi János, pszichiátria, klinikai genetika, pszichoterápia szakorvosa, elnök, véleményező

2. Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat

Prof. Dr. Pászthy Beáta, gyermekpszichiáter szakorvos, pszichoterapeuta, elnök, véleményező

3. Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, háziorvos szakorvos, elnök, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek.

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Pszichoterápiás Tanács Szövetség és pszichoterápiás módszerspecifikus egyesületek

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

* 65/2023. (XII. 21.) BM rendelet az egészségügyi szakmai kollégium működéséről szóló 26/2020. (VIII. 4.) EMMI rendelet módosításáról alapján

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	szakpszichológia, pszichiátria pszichoterápia
Ellátási folyamat szakasza(i):	prevenció, pszichodiagnosztika, terápia, pszichoterápia, gondozás, edukáció, lelki felkészítés, rehabilitáció
Érintett ellátottak köre:	felnőtkorú pszichiátriai betegek, pszichés-, mentális-, pszichológiai- és viselkedéssel problémákkal küzdő betegek, szomatikus betegek, betegek hozzátartozói, egészségügyi ellátásban részt vevő szakszemélyzet
Érintett ellátók köre Szakterület:	7104 pszichoterápia (szakpszichológusi ráépített szakképesítéssel) 1805 pszichoterápia
Ellátási forma:	J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J3 járóbeteg szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozás végző szakellátás J7 járóbeteg szakellátás, gondozás F1 fekvőbeteg szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg szakellátás, rehabilitációs ellátás F5 fekvőbeteg szakellátás, nappali kórházi ellátás E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”
Progresszivitási szint:	I-II-III. szint
Egyéb specifikáció:	Az egészségügyi szakmai irányelv útmutató kíván lenni az egészségügyi ellátás során tapasztalható pszichoszociális és pszichopatológiai jelenségekkel szembesülő szakemberek és a pszichiátriai, pszichológiai, pszichoterápiás ellátásban, illetve

kezelésében részt vevő szakmák (pszichoterápia, szakpszichológia, pszichiáterek, orvos pszichoterapeuták, szakpszichológus pszichoterapeuták, szomatikus orvosok, mentálhigiénés szakemberek, szakápolók stb.) számára.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

alap-pszichoterápia: Pszichoterápiás képzettség fokozatai szerint úgynevezett alap-pszichoterápiás tevékenységet pszichiáterek, gyermekpszichiáterek és felnőtt és gyermek klinikai szakpszichológusok végezhetnek más ráépített képzés nélkül. Egyéb szakorvosok, illetve szakpszichológusok részéről, képzési szempontból az alap-pszichoterápia végzése a pszichoterápiás képzés úgynevezett propedeutikai fázisához kötött. Az alap-pszichoterápia tárgykörébe esik: krízisintervenció, pszichoterápiás szemléletű konzultáció/betegvezetés, szupportív terápia, relaxáció, burnout prevenció. Az alap-pszichoterápia pszichiáter szakorvos, illetve klinikai szakpszichológus által végzett tünet-, állapot- és élménykorrekciós eljárások alkalmazása - meghatározott céllal, és indikációval, előre rögzített keretek között végzett intervenció, amely verbális és nonverbális kommunikációs formában történik.

dialektikus viselkedésterápia (DBT): A kognitív terápia második hullámához tartozó DBT széles alapokon nyugvó kognitív viselkedésterápia, amely hatékony a borderline személyiségzavarban. Az egyéni pszichoterápiát, csoportos készségfejlesztést és mindfulness elemeket is magában foglaló DBT a borderline személyiségzavar dialektikus és bioszociális megközelítésén alapul.

család- és párterápia: A családot és a párt egységként, rendszerként kezelő segítő, gyógyító beavatkozás, mely az emberi interakció, kommunikáció révén próbál változást elérni az élmények feldolgozásában és a magatartásban.

klinikai pszichológia: A klinikai pszichológia a pszichológia azon ága, mely az érzelmi és viselkedési zavarok kutatására, felmérésére, diagnosztizálására, értékelésére, megelőzésére és kezelésére szakosodott (APA). A klinikai pszichológia a pszichológia emberi működéssel foglalkozó gyakorlati ága, mely a pszichológiai/pszichiátriai/kapcsolati/érzelmi/viselkedéses problémák vizsgálatát és azok megoldását fizikai, mentális és szociális jóllét előmozdítását segítő eszközökkel keresi (CPA). A klinikai szakpszichológus a klinikai gyakorlat során a diszfunkcionális magatartásmódokkal és pszichikus zavarokkal kapcsolatos állapotfelmérési, prevenció, gyógyító és rehabilitációs beavatkozásokat a pszichológia tudományos ismeretanyagán és módszertanán alapuló alapelveknek megfelelően végzi. A klinikai pszichológia a mentális és pszichés zavarok diagnosztikáját és terápiás ellátását a bizonyítékokon alapuló paradigma alapján igazolt diagnosztikai eszközök és terápiás eljárások alapján „tudós szakember”-ként végzi. A klinikai pszichológia kompetenciája a pszichés problémák széles körének (1) felmérése és diagnosztizálása gyermek-, felnőtt-, és időskorban; (2) klinikai pszichológiai szakvélemény kialakítása és ennek alapján (3) adekvát (bizonyítékokon alapuló) kezelési terv megfogalmazása; (4) a pszichés problémák kezelése és gyógyítása, valamint az egyén problémamegoldó és megküzdő képességének fejlesztése a fizikai és pszichoszomatikus betegségekkel, egészségi állapotával (pl. öregedés, meddőség, rokkantság, kiégés) vagy az őt ért traumákkal; (5) az intervenciók értékelése és kutatása.

klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus: Az a felsőfokú szakirányú egészségügyi szakvizsgálóval (orvosegyetemen szakképzés keretében megszerezhető szakvizsga) rendelkező szakpszichológus, aki a mentális betegségek felmérésének, diagnosztikájának, pszichodiagnosztikai vizsgálatának, pszichológiai intervenciókkal és pszichoterápiás eszközökkel történő kezelésének és a mentális betegségek kutatásának komplex kérdéseiben is járatos, önálló szakmai kompetenciával bír. A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus által végzett tevékenység a) a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására; b) a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára, okainak feltárására, és viselkedésdiagnosztikai, dinamikus, illetve rendszerszemléletű modellben való elhelyezése; c) az egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok kiválasztására és végzésére, valamint d) a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul.

Tevékenységi körébe tartoznak továbbá és többek között az alábbi tevékenységek: pszichodiagnosztika és állapotfelmérés, a legkülönbözőbb pszichés problémák, krízisállapotok esetében, krízisintervenció, szuicid veszélyeztetettség felmérése, prevenciója és stressz-management, kiégés (burn-out) prevenció, konfliktuskezelés, problémamegoldó tréningek, kommunikációs, szociális készségfejlesztő és egyéb személyiségfejlesztő illetve viselkedéstréningek tartása.

A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus az alábbi tevékenységeket végezheti: életvezetési tanácsadás, krízisintervenció, relaxációs módszerek (autogén tréning, progresszív relaxáció, mindfulness), alap-pszichoterápia, támogató, azaz szupportív terápia, pszichoterápiás szemléletű konzultáció, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók. Az általános alap-pszichoterápiás gyakorlat során a pszichés zavarok konceptualizálására jellemzően meghatározott pszichodiagnosztikus szempontrendszer, illetve egy-egy módszertani iskolához kapcsolódó gondolkodásmód mentén történő kezelésére is van lehetősége a szakembernek. Szakpszichoterápia végzése ráépített pszichoterapeuta szakvégtzettséget igényel, módszerspecifikus szakpszichoterápia pedig módszerspecifikus végzettség megszerzését is szükségessé teszi.

kognitív viselkedésterápia: Olyan pszichoterápiás módszerek gyűjtőneve, amelyek a pszichés és pszichoszomatikus zavarok kialakulásában és kezelésében a tanulás és az információfeldolgozás törvényszerűségeit használják fel. Mivel a gondolatok, az érzelmek, a testi állapot és a viselkedés szoros kölcsönhatásban állnak egymással, a kognitív viselkedésterápia szerint a pszichés zavarok háttere a diszfunkcionális gondolkodás, ami a hangulat és a viselkedés negatív irányú megváltozásához vezet. A CBT célja a korai maladaptív sémák, diszfunkcionális hiedelmek és maladaptív magatartásformák feltárása valamint realisabb gondolkozásmód és adaptív viselkedésformák kialakítása. Tartós eredményt a beteg alapvető – önmagára, a jövőjére és a külvilágra vonatkozó – maladaptív sémáinak módosulása eredményez.

mindfulness: tudatos jelenlétben alapuló meditáció, melyre épülő stressz-csökkentő módszer a klinikai gyakorlatban számos területen alkalmazható.

pszichiátriai tünet: Olyan gondolati, érzelmi vagy viselkedésbeli eltérés, mely az átlagoshoz képest túl gyakran, túl ritkán vagy az adott szituációban inadekvátan jelenik meg.

pszichodiagnosztika: Komplex klinikai szakpszichológiai kivizsgálás; explorációt, anamnézis felvételét, pszichodiagnosztikai eszközökkel történő tesztvizsgálatok elvégzését és kiértékelését, valamint összefoglaló szakvélemény elkészítését jelenti.

pszichoedukáció: Olyan betegség- vagy terápiaszpecifikus tájékoztatás, amely során a páciens a betegségével kapcsolatos információkat szerezhet. Pszichoszociális szempontú tájékoztatást kaphat az adott kezelésről, a kezelés technikai kivitelezéséről, a gyógyulást támogató teendőkről és a rizikófaktorokról egyaránt.

pszichológiai intervenciók/beavatkozások: Lélektani beavatkozások. Intervenciónak tekinthetjük a pszichodiagnosztikától (tesztfelvétel, anamnézis, heteroanamnézis) a különböző pszichoterápiás formákon (szupportív pszichoterápia, krízisintervenció stb.) keresztül a pszichoszociális prevencióban (pszichoedukáció stb.) alkalmazható és felhasználható eszközöket.

pszichodinamikus pszichoterápia: Pszichoanalitikus elméletekre épülő lélektani gyógyító eljárás, melynek célja a személyiség átdolgozásán keresztül elérni a tüneti változást.

pszichopatológia: A mentális működések kóros megváltozását, az egyes lelki jelenségek kóros változatait leíró ismeretek összefoglaló neve.

pszichoterápia: A pszichoterápia olyan gyógyító terápiás beavatkozás, amely pszichés, pszichoszomatikus és pszichiátriai zavarok kezelésében, illetve az érzelmi és hangulati élet patológiás elakadásai és betegségei esetén egyéni vagy csoportos formában, meghatározott interakciós repertoár és kommunikációs eszközök révén (interakció, kommunikáció stb.), tudományosan és tapasztalatiilag kialakult és pontosan definiált keretek között, meghatározott időtartamú és számú ülésben az élménymegélésben, az élményfeldolgozásban, az érzelmi inter- és intrapszichés életben és működésben, illetve a viselkedésben és magatartásban változást előidéző céllal intervenál, és amelyet ráépített pszichoterapeuta szakvégtzettséggel rendelkező szakorvos és/vagy szakpszichológus végezhet önállóan. Módszerspecifikus képzettséggel rendelkező szakorvos, vagy szakpszichológus által végzett pszichoterápia az adott módszer szakpszichoterápiája. A terápiás folyamat ellenőrzött, dokumentált, diagnosztikára épülő intervenciókon alapul és elvártan minőségbiztosítással valósul meg.

pszichoterapeuta: Pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező szakorvos/szakpszichológus.

pszichoterápiás osztály: a pszichoterápiás osztály jellemzője, hogy a páciensek felvétele pszichoterápiás indikáció alapján történik, a fő terápiás módszer a pszichoterápia, mely kiegészülhet gyógyszeres kezeléssel. Az osztály életének szervezése pszichoterápiás szempontok szerint történik, a nagycsoport és szocioterápiák mellett legalább rendszeres csoportpszichoterápia potenciálisan minden páciens számára biztosítható megfelelően képzett terapeutákkal, esetmegbeszélővel. Vegyes profilú pszichiátriai osztály esetében külön pszichoterápiás részleg felállítása célszerű, ahol a fenti feltételek biztosíthatók.

pszichoterápiás szakrendelés: Pszichoterápiás kezelés céljára kialakított rendelőben pszichoterapeuta által végzett rendelés. A rendelés pszichoterápiás ülésekben történik. Vegyes kezelési helyeken (például pszichiátriai

gondozók, szomatikus ellátók) célszerű elkülöníteni a pszichoterápiás rendelést az egyéb gondozói, illetve pszichiátriai tevékenységtől.

relaxáció/ellazulás: A testi működések befolyásolására, az aktiváció csökkentésére, a nyugalmi állapot elérésére irányuló pszichológiai intervenció. A relaxációs technika alkalmazása önmagában nem pszichoterápia.

rövid dinamikus terápia: A pszichoanalízis elméletén alapuló lélektani gyógyító eljárás; célja, eszköztára és technikai módszertana eltér a klasszikus pszichoanalízistól; specifikus pszichodinamikai fókusz meghatározásán keresztül segíti a páciens javulását és gyógyulását.

szakpszichoterápia: A pszichoterápiás szakvizsga mellett valamely pszichoterápiás eljárásból szerzett befejezett módszerspecifikus végzettség.

szenvédésnyomás: Segítségkeresési indíték, amikor a pszichés probléma által okozott szenvedés már elviselhetetlen az egyén számára, motivált lesz a változásra.

szupervízió/intervízió: Tanulási folyamat, a betegellátásból is fakadó gyakorlati tapasztalatokból indul ki és oda visszacsatoló procedúra, eset/jelenség megbeszélés segítségével. Célja a segítő szakmákban dolgozók mentális védelme és szakmai kompetenciájuk fejlesztése a problémára való rálátás fejlesztésével, külső szemszögből. Csoportos és egyéni formában történhet. Az intervízió a súlyosan traumatizált kliensekkel foglalkozó segítők szupervízorainak is további külső segítségnyújtási formát jelent.

szupportív terápia: Olyan terápiás módszer, mely nem rendelkezik önálló fejlődés-, pszichopatológiai-vagy terápiaelmélettel, gyakorlati értéke azonban jelentős. A szupportív terápia során a terapeuta specifikus támogató intervenciókat végez, melyek célja a páciens alkalmazkodási készségének fejlesztése és a páciens zavaró tüneteinek enyhítése.

terápiás intervenció: Olyan beavatkozás, amely a betegség/állapot megszüntetése, az életminőség javítása, vagy az állapot romlásának megakadályozása érdekében történik. A neuropszichológiai terápia folyamatában a páciens és a terapeuta kapcsolati szövetsége a megváltozott idegrendszeri működések okozta változások megértésére, feldolgozására, reorganizációjára irányul. Módszerek és időtartam tekintetében változó lehet.

2. Rövidítések

AIDS: acquired immunodeficiency syndrome – szerzett immunhiányos tünetegyüttes

AIP: adaptív információ-feldolgozási

AKAPE: Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete

APA: American Psychological Association, American Psychiatric Association

BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 10. verzió

BNO-11: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 11. Verzió

CPA: Canadian Psychological Association

CBT: Kognitív Viselkedésterápia

CSAKIT: Csoportanalitikus és Kiképző Társaság

DBT: Dialektikus Behavior Terápia

DREAM: Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve, 5. kiadás)

DBT: Dialektikus viselkedésterápia

EBP: evidence based practice

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EPA: European Psychiatric Association

GAF: Global Assessment of Functioning Scale

HIV: humán immundeficiencia-vírus

IAGP: International Association for Group Psychotherapy and Group Processes

IPE: Integratív Pszichoterápiás Egyesület

IPT: interperszonális terápia

MaCsopE: Magyar Csoportpszichoterápiás Egyesület

MAKOMP: Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület

MaSZk PTE: Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület

MASZEPTE: Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület

MAPE: Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület

MCSE: Magyar Családterápiás Egyesület

MBCT: mindfulness alapú kognitív terápia
MBT: mentalizáció alapú terápia
MBT-F: mentalizáció alapú terápia családokkal
MBT-A: mentalizáció alapú terápia serdülőkkel
MHE: Magyar Hipnózis Egyesület
MIPE: Magyar Individuálpaszichológiai Egyesület
MMTE: Magyar Mozgás- és Táncterápiás Közhasznú Egyesület
MPE: Magyar Pszichoanalitikus Egyesület
MRSZE: Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület
NICE: National Institute of Clinical Excellence (A kiváló klinikai minőség nemzeti intézete)
OCD: obsessive-compulsive disorder (obszesszív-kompulzív zavar)
OENO: Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
POPKE: Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület
PID-5: Personality Inventory for DSM-5 (DSM-5 Személyiség Kérdőív)
PID-5-BF: Personality Inventory for DSM-5—Brief Form (DSM-5 Személyiség Kérdőív, Rövid verzió)
SCID-5-AMPD: Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Alternatív Személyiségmodelljéhez
SCID-5-CV: Strukturált klinikai interjú a DSM-5 zavarok felmérésére
SCID-5-PD: Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 személyiségzavarok vizsgálatára
SCID-PANSS: Strukturált Klinikai Interjú a Szkizofrénia Pozitív és Negatív Tüneteinek Felmérésére
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TFP: Áttétel Fókuszú Pszichoterápia
VIKOTE: Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület
WHO: World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

3. Bizonyítékok szintje

A szakmai döntéshozási folyamat során a medicinális, orvosi szakterületek jellemzően nomotetikus, tehát univerzális törvényszerűségek alapján megfogalmazódó iránymutatásokra hagyatkoznak. A pszichoterápiás gyakorlat, jellegéből adódóan, jellemzően idiografikus szemléletű, tehát egy jelenséget egyediségében értelmezni próbál elvekre apellál. A pszichoterápiás gyógyító gyakorlatban az evidencián alapuló gyakorlat (EBP) 1.) az elérhető legjobb kutatási eredmények, 2.) a klinikai szaktudás és szakértelem, szakmai konszenzus, valamint 3.) a beteg individuális jellemzőinek és kulturális hátterének, illetve preferenciáinak integrálását jelenti. Egy döntéshozatali folyamat során tehát az elérhető kutatási eredményeket, a klinikai szakértői véleményeket és a beteg értékrendjét és karakterisztikumát egyaránt figyelembe szükséges venni.

A pszichoterápia gyógyító eljárás, amit pszichoterapeuta végez. Szakpszichoterápia (módszerspecifikus pszichoterápia) végzéséhez pszichoterapeuta szakképesítés és módszerspecifikus jártasság szükséges. Egy pszichoterápiás módszer gyakorlati egészségügyi alkalmazásra történő kiválasztása során a pszichoterapeuta által végzett döntéshozatalnak fontos, ugyanakkor csupán egyik komponensét jelenti a módszer kapcsán rendelkezésre álló bizonyítékok kutatásokkal történt alátámasztottsága. A bizonyítékok elsődleges és legmegbízhatóbb forrásai a közvetlen klinikai kutatásokon alapuló randomizált kontrollált vizsgálatok és metaanalízisek. A pszichoterápiás kezelés során alkalmazott módszerekkel kapcsolatban a klinikai hatékonyságot alátámasztó randomizált, kontrollált vizsgálatok és meta-analízisek sokasága áll rendelkezésre. A nemzetközileg elfogadott irányelvek szakértői konszenzuson alapulnak, mérvadóak a betegbiztonság szempontjából és hazánkban is iránymutatásul szolgálhatnak a pszichés zavarok, és pszichésen megterhelő és kihívást jelentő (egészségügyi) állapotok kezelésében és ellátásában. Ennek értelmében is további forrást jelentenek az egyes pszichoterápiás módszerek esetében a széleskörű szakmai tapasztalaton alapuló szakértői konszenzusok, a régóta fennálló hagyományokon felépülő tudásanyag.

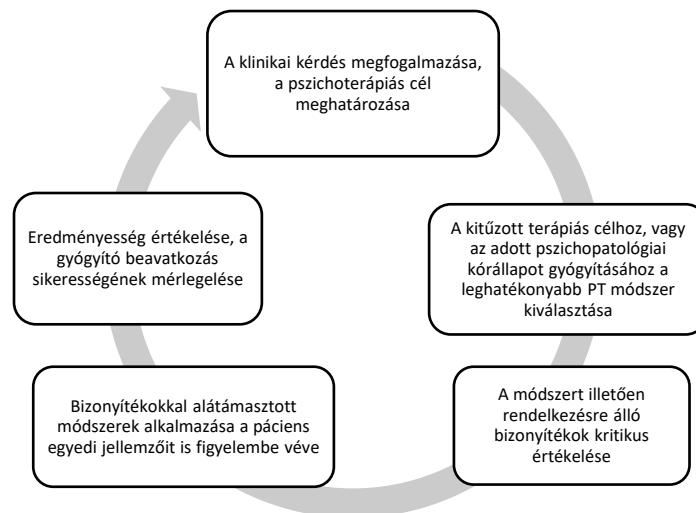
A beteg/páciens/kliens egyedi sajátosságai (pszichoszociális státusz, pszichopatológia, érzelmi és értelmi intelligencia, premorbid pszichopatológia, egyéb társuló betegségek, életkor és nem, iskolázottsági szint, szocioökonomiai státusz, mozgáskorlátozottság, táplálkozási és tápláltsági jellemzők, egyéni szükségletek, preferenciák, addikciók, lelki működések egyedi jellemzői és mechanizmusai, társas támogatottság stb.) olyan körülmények, amelyeket az ajánlásokban megfogalmazott kezelési evidenciák és terápiás stratégiák alkalmazása

során minden esetben figyelembe kell venni és a döntéshozatal, illetve (klinikai) alkalmazás során szakértő módon integrálni.

Általánosságban elmondható, hogy bár születtek a pszichoterápiás módszerek klinikai hatékonyságát alátámasztó vizsgálatok, mégis az állapítható meg, hogy a beteg/páciens/kliens jelentős és viselkedési szempontból meghatározó egyedi jellemzői okán a gyógyszerkutatásoknál alapvetően alkalmazott kettős- vagy randomizált kontrollált vizsgálatok alkalmazása a pszichoszociális tényezők egyetlen önkényesen kiemelt elemének tanulmányozása kapcsán csupán fenntartásokkal informatív, hiszen a vonatkozó szakterületen nem pusztán az egyes tulajdonságok határozzák meg a mentális/pszichopatológiai és viselkedési, vagy érzelmi következményeket, hanem az érzelmi élet, a premorbid személyiség, a tudattalan motivációk/szorongások és sok egyéb a pszichés egységet dinamizáló tényező bonyolult és szövevényes egésze. Emiatt az evidenciákon alapuló gyakorlat elvének érvényesítése, a pszichoterápiás segítségnyújtás/gyógyítás, illetve a területhez kapcsolódó tudományos kutatás a pszichoterápiás munkában speciálisan járatos és hozzáértő szaktudást, illetve körültekintő, integratív szemléletű megközelítést igénylő folyamat és kihívás.

A pszichoterápiás kutatások kivitelezése, a pszichiátriai betegségek, mentális zavarok, pszichopatológiai tünetek, kihívást jelentő egészségügyi állapotok, szomatikus betegségek mentális egészségre gyakorolt hatásának és befolyásának vizsgálata és gyógyítása, a tünetek és a mentális egészség összefüggéseinek megértésére és kezelésére irányuló vizsgálatok rendkívül összetett és körültekintő megközelítést igényelnek.

1. Ábra: A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás munka folyamata [saját szerkesztés]



A pszichoterápiás eljárások hatékonyságvizsgálata esetében a tudományos módszertani kutatások számos szempontból kihívást jelentenek. A pszichoterápiás eljárások a specifikus hatótényezők mellett számos nem-specifikus hatótényezővel bírnak, melyek tudományos módszerekkel történő megragadhatósága nehézséget jelent. Noha a pszichoterápiás eljárások módszertana teljesen eltérő (ld. kezelés időtartama, kezelésekre frekvenciája, a kezelés célkitűzései, a terápiás módszer indikációja, a pszichoterápiás módszer technikai eszköztára stb.), így összehasonlításuk is összetett és bonyolult, lényegében kivitelezhetetlen feladat. A pszichoterápiás gyógyítás területén a randomizált, kontrollált, kettős- vagy randomizált kutatás kivitelezése számos specifikus kérdést vet fel (pl. etikai szempontok, a várólistára helyezés, randomizálás stb.). Az egyes módszerekre vonatkozóan végzett hatékonyságvizsgálatok és metaanalízisek eredményeit, a szakma hagyományait is képviselő szakértők konszenzusos javaslaton túl, alapevően iránymutatónak szükséges tekinteni. A hatékonyságvizsgálatok szerepe a különböző terápiás eljárások fejlesztésében kiemelkedően fontos azt is szem előtt tartani, hogy nem lehet minden pszichoterápiás módszer hatékonyságát, például randomizált, kontrollált klinikai vizsgálat alátámasztani.

Ezzel együtt a pszichoterápiás gyógyító ellátásban a mentális problémával, pszichés zavarral küzdő személynek nem pusztán egyes meghatározó jegyeit vizsgálja és gyógyítja a pszichoterapeuta/szakpszichoterapeuta, hanem a beteg/páciens/kliens teljes személyiségét, a tünettant, a személyiségjegyeket, a pszichoszociális tényezőket, életvezetési kérdések összességét és komplex összefüggéseit is integrálva átlátja a folyamat során.

A pszichoterápiás szakterület klinikai ellátásban alkalmazott beavatkozásaira, módszereire vonatkozó szakmai ajánlásokat a hazai egészségügyi szabályozási gyakorlatban is szakmai irányelv kell, hogy rögzítse, amely kiindulópontként és iránymutatásként szolgálhat a (képződni tervező, képződő, kiképzett) szakemberek, de az egészségügyi finanszírozó(k) számára egyaránt, valamint konzekvens és számonkérhető minőségbiztosítási relevanciát jelenthet az enyhülést kereső, gyógyulni vágyó betegek és a pszichoterápiához mint segítő eszközhöz fordulók számára. Egy szakmai irányelvben rögzített ajánlási rendszer azon túl, hogy 1.) megalapozott megállapítások mentén validálhatja a választott ellátási gyakorlatot, 2.) definíciók mentén konszenzusosan feloldhatja szakterületre jellemző anomáliákat okozó tisztázatlanságok félreérthetőségeit, 3.) alapjául szolgálhat az átlátható és módszeres szakmaszervezés képzési, adminisztratív és költségvetési/kódrevíziós vonatkozásai számára is. Bár a pszichoterápiás intervenciók sok szempontból különböznek az egyéb egészségügyi beavatkozásoktól, és a bizonyítékokon alapuló orvoslás indikátorait módosításokkal szükséges esetben alkalmazni, egy egységes értékelési és minőségbiztosítási keretrendszer alkalmazása segítheti a pszichoterápiás szcénát abban, hogy a társszakmák egyenrangú egészségügyi szolgáltatásként tekintsenek rá és módszereire.

Az egészségügyi szakmai irányelv nem egy adott betegre/páciensre/kliensre vonatkozó, mérlegelés nélkül alkalmazandó útmutatás, hanem a fentiek értelmében egy alapvetően gyakorlati tapasztalatból fakadóan szakmai konszenzuson alapuló, nemzetközi irányelveket és vonatkozó kurrens hazai és külföldi szakirodalmakat is figyelembe vevő, illetve azokat adaptálón és integrálón alkalmazni kívánó szakmai javaslat és iránymutatás.

A beteg/páciens/kliens individuális tulajdonságaira minden esetben tekintettel kell lenni, és az egészségügyi szakmai irányelvtől adott esetben - megfelelő indok alapján és dokumentált módon - el is lehet térni. A pszichoterápia sohasem iktathatja ki és hagyhatja figyelmen kívül a gondos mérlegelés szükségességét, az etikai elvek teljeskörű érvényesítését és a páciens szolgálatában álló szakmai segítségnyújtás mindenkor megadásának legfőbb elvét.

1. TÁBLÁZAT - A Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ajánlása a bizonyítékok szintjének meghatározására [2, 3].

1 ⁺⁺	Az eredmények olyan magas minőségű szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált vizsgálatból származnak, amelyekben nagyon alacsony a szisztematikus torzítás lehetősége.
1 ⁺	Az eredmények olyan jól kivitelezett szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus torzítás lehetősége.
1 ⁻	Az eredmények olyan magas minőségű szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált, vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.
2 ⁺⁺	Az eredmények jó minőségű kohorsz- vagy esetkontroll-vizsgálatok szisztematikus áttekintéséből vagy olyan jó minőségű kohorsz- vagy esetkontroll-vizsgálatokból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba és a zavaró hatások esélye, továbbá a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége nagy.
2 ⁺	Az eredmények jól kivitelezett kohorsz- vagy esetkontroll-vizsgálatokból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége közepes.
2 ⁻	Az eredmények olyan kohorsz- és esetkontroll-vizsgálatokból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.
3	Az eredmények vizsgálati elrendezés nélküli megfigyelésből származnak (pl. esettanulmányok, esetsorozatok).

4	Az eredmények szakmai véleményen (szakmai kollégium, kutatócsoport, szakértő) alapulnak.
----------	--

4. Ajánlások rangsorolása

Az egyes pszichoterápiás módszerekkel kapcsolatos specifikus célzott kutatások alacsony száma, és/illetve a meglévő, vagy hivatkozható vizsgálatok kutatómódszertani problematikái (elavultság, statisztikai következtelenségek, kontrollesoport hiánya, randomizált kontrollált vizsgálatok hiánya stb.) indokoltta és szükségessé teszik az ajánlás-rangsorolásnak és a beavatkozások megbízhatóságának szélesebb spektrumon (SIGN és USPSTF rangsorolási rendszerek) terjedő és kifejezhető fokozatosságát. Ez a szélesebb kifejezési és besorolási lehetőség teheti az alábbi, adaptált rangsorolási szisztémákat a hazai pszichoterápiás gyakorlat számára is könnyebben implementálható igazodási rendszerré, amely mentén tehát differenciálódni tud, hogy specifikus helyzetekben (kórállapotok, illetve BNO-10 csoportok mentén) az adott pszichoterápiás módszer milyen megbízhatósággal alkalmazható [1].

A SIGN rendszerhez illeszthető ajánlási rangsorolási rendszer fokozatai:

(A) szintű ajánlás: Az ajánlások legalább egy 1⁺⁺ fokozatú bizonyítéknak számító rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és az egészségügyi ellátás adott helyzetére jól adaptálhatók; vagy legalább 1⁺ szintű bizonyítéknak számító, jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak.

(B) szintű ajánlás: Az ajánlások legalább 2⁺⁺ szintű bizonyítéknak számító, az egészségügyi ellátás adott helyzetére jól adaptálható és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 1⁺⁺ és 1⁺ szintű, de az egészségügyi ellátás adott helyzetére csak fenntartásokkal alkalmazható bizonyítékokon alapulnak.

(C) szintű ajánlás: Az ajánlások legalább 2⁺ szintű bizonyítéknak számító, az egészségügyi ellátás adott helyzetére jól adaptálható és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 2⁺⁺ szintű, de az egészségügyi ellátás adott helyzetére csak fenntartásokkal alkalmazható bizonyítékokon alapulnak.

(D) szintű ajánlás: Az ajánlások 3-4 szintű bizonyítékon; vagy 2⁺ szintű, de az egészségügyi ellátás adott helyzetére csak fenntartásokkal alkalmazható bizonyítékokon alapulnak.

2. TÁBLÁZAT - Az ajánlások megbízhatóságának rangsorolása az U.S. Preventive Services Task Force által alkalmazott besorolási rendszer szerint (U.S. Preventive Services Task Force 2012) [4].

Fokozat	Definíció
A	Ajánlott. Erősen megbízható evidencia támasztja alá, hogy az ajánlás követése jelentős előnnyel jár.
B	Ajánlott. Erősen megbízható evidencia támasztja alá, hogy az ajánlás követése mérsékelt előnnyel jár, vagy mérsékeltlen megbízható evidencia támasztja alá, hogy az ajánlás követése mérsékelt vagy jelentős előnnyel jár.
C	Az ajánlás szelektív alkalmazása javasolt egyéni betegpreferenciák és szakmai megítélés alapján. Legalább mérsékeltlen megbízható evidencia támasztja alá, hogy az ajánlás követése csekély előnnyel jár.

D	Nem javasolt. Mérsékeltlen vagy erősen megbízható evidencia támasztja alá, hogy az eljárás nem jár előnnyel, vagy annak ártalmi felülmúlják az előnyöket.
I	A rendelkezésre álló bizonyítékok nem elegendők ahhoz, hogy az előnyök és ártalmak mértéke megítélhető legyen. Bizonyíték nem áll rendelkezésre, gyenge minőségű vagy ellentmondásos.

A rangsorolásoknál, tekintettel a pszichoterápiás módszerek és beavatkozások idiografikus szemléleti voltára és hagyományokra épülő jellegére, figyelembe szükséges venni azokat a hosszú évek alatt kialakult, a szakmagyakorlás szempontjából relevánsnak tekinthető tényezőket, amelyeket ajánlás formájában a pszichoterápiás gyógyítás alapvetéseit jelentik. Ezeket az ajánlásokat és szakmai iránymutatásokat „E” minősítéssel jelezzük.

„ E ” – az adott ajánlás az iránymutatás tartalmának jellegéből fakadóan kutatási paradigmákkal nem validálható, a témakör jellegéből adódóan akadémiai értelemben nem kutatott / nem kutatható, ugyanakkor a szakmagyakorlat hagyományai és a pszichoterápiás gyógyítás sokszor idiografikus szemlélete mentén ajánlott, mely ajánlást szakértői szakmai konszenzus támogatja, a szakmagyakorlat evidenciája.

Az ajánlásokat a *SIGN* és az *USPSTF* által javasolt besorolási rendszerek alapján a fejlesztőcsoport A, B, C, D, illetve ez utóbbi esetében I kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az erős (A és B szintű) ajánlás megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát, illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki, illetve egy E kategória megjelölés szerepel, ami a szakértői konszenzusra és a hagyományos gyakorlati alkalmazhatóságra vonatkozik. A fejlesztő munkacsoport a besorolást és rangsorolást a pszichoterápiás módszertani egyesületek által küldött anyagok alapján, nemzetközi irányelvek felhasználásával, további kutatómunkával végezte. A fejlesztő munkacsoport által történt besorolást az egyes módszertani iskolák megismerték, a fejlesztés során többször kiegészítést tettek. A véglegesített evidencia-táblázat az irányelvben található.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A pszichoterápiás ellátás hazai helyzete

Gyógyító eljárás és egészségügyi tevékenység lévén a pszichoterápia alkalmazása és gyakorlata magas színvonalat garantáló következetes szabályozást kíván meg. Az eljárásrend keretét a jogi szabályozás jeleneti, tartalmi szempontból pedig a módszertani sokféleség és az idiografikus vonatkozások adják.

A magyar pszichoterápiás gyakorlat több szempontból speciális. A hazai pszichoterápiás szcéna egyik jellegzetességét a pszichoterápiás gyógyítás kezdeteitől meglévő egyesületi hagyományok adják. Hazánk és a magyar szakemberek kulcsszerepet töltek be több, azóta világszerte elterjedt pszichoterápiás módszer kidolgozásában, leírásában, elterjesztésében és alkalmazásában is. A módszerekhez kapcsolódóan (civil) egyesületek szerveződtek, melyek az adott módszer oktatását, képzését végezték el arra hivatott, megfelelő tapasztalattal rendelkező, és a módszer iránt elkötelezett nemzetközileg is jegyzett (ki)képzők által. A hazai pszichoterápiás egyesületek nemzetközi szervezetekhez kapcsolódóan máig sokféle módszert kínálnak a nem csupán szakpszichológus vagy szakorvos érdeklődők számára. A módszereket tanító képzéseket, és ez további jellemzője a hazai terápiás közösségnek, tulajdonképpen bárki elvégezheti, akit egy egyesület kiképez. Tehát az önismereti sajátélmény szakaszon túl a módszertani kiképződésre lehetősége van bárkinek, aki komplettálja a módszerspecifikus iskola előírásait és elvégzi a szükséges modulokat (elmélet, gyakorlat, szupervízió). Pszichoterapeuta ugyanakkor csak szakorvosi, vagy szakpszichológusi képzettség birtokában lehet valaki. Az egyéb (alap)képzettséggel rendelkezők az adott módszer művelői lehetnek ugyan, akik előírt feltételek mentén végezhetnek nem klinikai/egészségügyi esetekben az adott módszerben ismert és alkalmazott pszichoterápiás

eszközöket/technikákat is alkalmazó, de nem pszichoterápiás tevékenységet. A pszichoterapeuta továbbképzéseket az orvosi egyetemek vonatkozó tanszékei szervezik, amelyek a különböző módszereket meghatározott kritériumok alapján akkreditálják saját továbbképzési rendszerükhöz. Anomália itt is a hagyományok jellegzetességéből adódik, hiszen az egyesületi működés eredménye (tehát a módszerspecifikus kiképződés) központilag (Nemzeti Vizsgabizottság) elismert végzettséghez adódva bővít szakmai kompetenciakört és hatalmaz fel szakembereket gyógyító eljárás/eljárások alkalmazására.

Az egészségügyi szakpszichológusi, vagy szakorvosi szakképesítés előfeltételét jelenti a pszichoterapeuta szakképzettség megszerzésének. Pszichoterápiát csak pszichoterápiás szakvizsgával rendelkező szakorvos vagy felsőfokú egészségügyi szakpszichológusi szakirányú szakképesítéssel rendelkező szakpszichológus végezhet (illetve pszichoterapeuta képzést folytató jelölt, pszichoterapeuta szupervíziója mellett). Módszerspecifikus pszichoterápiát a módszerspecifikus képzettséggel rendelkező pszichoterapeuták, szakpszichoterapeuták végezhetnek. Magyarországon pszichés tünetektől szenvedő betegek/páciensek/kliensek pszichoterápiáját az alábbi módszerekben képzett, pszichoterápiás szakvizsgával rendelkező pszichoterapeuta végezhet (abc sorrendben felsorolva): aktív-analitikus pszichoterápia, autogén tréning és szimbólumterápia, családterápia, csoportanalitikus terápia, hipnoterápia, individuálpaszichológiai pszichoterápia, integratív terápia, jungi analitikus terápia, kognitív-viselkedésterápia (sématerápia), komplex integratív pszichoterápia, pszichoanalízis, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, pszichodráma, pszichodinamikus mozgás és táncterápia, személyközpontú terápia.

A több mint százéves múltra visszanyúló hagyományokon felépülő magyar pszichoterápiás gyakorlat ismer és alkalmaz más, Magyarországon még nem akkreditált, de nemzetközileg elismert és a pszichoterápiás gyógyításban széles körben alkalmazott, klinikai kutatásokkal alátámasztott, evidenciákkal rendelkező módszereket is (pl. IPT, EMDR, TFP, sématerápia, metakognitív terápia stb.), melyek önállóan, vagy egy másik módszer iskolájához/egyesületéhez kapcsolódva kínálnak meghatározott indikációk esetében terápiás lehetőségeket a hazai szakemberek számára is a szakképződés másodvonalában. A pszichoterápiás gyógyítással, és a pszichoterapeutákkal kapcsolatban a hazai lakosság részéről egyre nagyobb az igény, a nyitottság, az érdeklődés és ezekkel párhuzamosan elvárás is. Egyre nagyobb igény jelenik meg a (szak)pszichoterápiás ellátás iránt, amely igénynek megfelelni szakmai kötelesség és a gyógyító hivatás célkitűzése.

A téma indoklása

A lakosság mentális egészségének fejlesztése nem csak Magyarországon, hanem Európai Unió és globális szinten is középpontba került az elmúlt évtizedekben. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai alapján soha nem látott mértékben emelkedik a pszichiátriai zavarok gyakorisága, ami már jelentős gazdasági és egészségügyi terhet jelent: a WHO szerint 1996 és 2013 között világszerte 54,3 százalékkal emelkedett a depresszióval küzdők száma. Ugyanakkor ez nem csak a fejlett országok problémája, hanem globális jelenség – a növekedés arányait tekintve Magyarország is követi a globális átlagot. Az Európai Unió tagországaiban, bár változó aránnyal, az öngyilkosságok száma meghaladja a közúti balesetek, illetve a HIV/AIDS vírus következtében bekövetkező halálesetek számát. Mindez számos következménnyel jár a közösségre nézve [5].

A mentális zavarok előfordulásában, a lakosság mentális egészségi állapotát illetően is komoly egyenlőtlenségek mutatkoznak: a gazdasági szempontból hátrányos helyzetű csoportok a legsérülékenyebbek. A mentális zavarok rontják az életminőséget, a munkaképességet és a szociális szférában való részvételt. A társadalmi-gazdasági terhekkel kapcsolatban a mentális zavarok a foglalkoztatottság, a termelékenység és a munkaképesség, csökkenéséhez, elvesztéséhez vezetnek. Az EU-ban a fogyatékossgal töltött életevek legnagyobb része e mentális zavarokra, elsősorban az affektív - és szorongásos zavarokra vezethető vissza. Mindez komoly terhet jelent az érintett személyek, családok és közösségek, az egész társadalom számára.

Az Egészségügyi Világszervezet a pénzügyi következmények felmérését javasolja a termelékenység kiesése, illetve a szociális, oktatási, büntetés-végrehajtási és igazságszolgáltatási rendszer mentális zavarokkal összefüggésbe hozható költségeinek vonatkozásában, hiszen az ilyen gyakorisággal előforduló egészségügyi tehernek jelentős gazdasági hatása is van. Csak a depresszió költségei egy százalékkal vetik vissza az uniós GDP-t, és ennek a költségnek a 88%-a a termelékenység csökkenéséből adódik. Magyarországon 2020-ban lakosságárányosan a befejezett öngyilkosságok száma a korábbi csökkenő trendek ellenére 10%-kal – jelentős többségében a férfiak körében – nőtt (1706 fő). Ebben a számban nincs benne az a családtagokra és

hozzátartozókra gyakorolt lélektani és egyéb egzisztenciális hatás, amit egy befejezett öngyilkosság jelent. Ugyanígy nem tartalmazza az adat az öngyilkossági kísérletek számát, melyet minden egyes befejezett öngyilkosság esetében 20%-ra becsülnek, és mely szintén jelentős mértékű szenvedéssel valamint egészségügyi és gazdasági terhekkel és következményekkel jár. A befejezett öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek jelentős hányada az affektív zavarokhoz, azon belül pedig a kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt depressziós állapothoz köthető, így ezek jelentős része megelőzhető lenne. Emellett a statisztikák arra utalnak, hogy a később öngyilkosságot elkövető személyek mintegy 40%-a egy éven belül, és mintegy 28% százaléka 3 hónapon belül megjelenik az alap- vagy sürgősségi ellátásban, lehetőséget teremtve a szűrésre, korai beavatkozásra, esetleges megelőzésre [6].

Egyes betegcsoport (pl.: hangulatzavarok) megfelelő kezelése nem csak a lakosság mentális jóllétének drasztikus emelkedésével járna, de gazdasági versenyelőnyt is eredményezhet. E zavarok ellátása az egészségügy keretein belül is multidiszciplináris együttműködést igényel, a gyógyszeres kezelések pszichológiai módszerekkel, pszichoterápiával való kombinálása jelenti jelenleg a nemzetközi protokollok alapján e zavarok korszerű kezelését. A mentális zavarok kockázati tényezői és következményei emellett egyaránt túlterjeszkednek az egészségügy határain, ezért elengedhetetlen az ágazati együttműködés, így például a szociális ügyek, a lakhatási politika, a foglalkoztatás és az oktatás innovatív partnersége is.

Népegészségügyi jelentősége miatt rendkívül fontos és időszerű, hogy a mentális egészségügyi, különös tekintettel a pszichoterápiás ellátás országos kiépítése és a vonatkozó protokollok kidolgozása mihamarabb megtörténjen és szükséges, hogy mindez a szomatikus ellátással mind minőségében és sztenderdjei színvonalában, mind pedig felépítésében is harmonizáljon. Megítélésünk szerint rendkívül fontos, hogy a mentális egészségügyi ellátás is ugyanolyan szigorú sztenderdek szerint történjen, mint a szomatikus ellátás. Az egészségügyi szakmai irányelv célja, hogy ennek alapjait lefektesse, és megteremtse az egyes zavarok sztenderdizált, modern, evidence-based diagnosztikáját és kezelését a pszichoterápiás gyógyítás tárgy körében.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv céljai

Jelen egészségügyi szakmai irányelv általános célkitűzései:

- Meghatározni a pszichoterápia szakterületén dolgozó pszichoterapeuták tevékenységének alapvető szempontjait és folyamatait, illetve az azokhoz kapcsolódó kompetenciákat és attitűdöket az egészségügyi ellátás során.
- A mindennapi felelős hivatásgyakorlás a folyamatosan bővülő, hiteles és konszenzuálisan elfogadott közös szakmai tudás bázisán épülhessen ki.
- A szakmagyakorlás ellenőrizhetősége által segítse elő a legmagasabb szintű minőségbiztosítás lehetőségét is.
- A pszichoterápiás ellátás minél szélesebb körben történő elérhetőségének elő- és megteremtése.

A pszichológiai/pszichoterápiás gyakorlat számára, annak specifikumai, illetve hazai gyakorlatban kialakult jellegzetességei okán olyan szakmai irányelv kidolgozására van szükség, amely integráltan képes megjeleníteni 1.) a kutatási eredmények evidencián felépülő szakmai bizonyítékait kórállapotok kezelésében alkalmazott beavatkozások tekintetében, valamint 2.) a szakvéleményeket tartalmazó és szakmai konszenzusokon alapuló, hagyományokból is táplálkozó, 'jó gyakorlat' elvén felépülő tapasztalati ismereteket, de a 3.) szakterületre jellemző idiografikus jellegből adódó egyediségekkel, specifikumokkal, egyszeri esetekkel is számolni tud a betegek/páciensek individuális karakterisztikumai mentén.

2. Felhasználói célcsoport

Az egészségügyi szakmai irányelv a megadott ellátók számára az ellátottak körére vonatkozó szakmai tevékenységük során javasolt felhasználásra, abból a célból, hogy pszichoterápiás ellátás szakterületén dolgozó szakemberek tájékozódhassanak és iránymutatást találhassanak a hivatás-gyakorlás kihívásait jelentő főbb kérdésekkel összefüggésben.

Az egészségügyi szakmai irányelv célja továbbá, hogy a pszichoterápia területén szaktevékenységet végző szakember számára ajánlásokat fogalmazzon meg a mindennapos gyakorlat szakmailag helyes, a gyógyítást a leghatékonyabb mértékben és legemberibb módon etikusan elősegítő kialakításában. Az egészségügyi szakmai irányelv útmutató kíván lenni továbbá a pszichoterápiás ellátás során tapasztalható pszichés, pszichológiai zavarok, és lelki jelenségekkel szembesülő szakemberek és a pszichiátriai, pszichológiai és pszichoterápiás

ellátásban, illetve kezelésében részt vevő társszakmák (pszichiáterek, szomatikus orvosok, orvos pszichoterapeuták, szakpszichológus pszichoterapeuták stb.) számára is.

A pszichoterápiás módszerek alkalmazásra hazánkban korábban egy protokoll született 1992-ben, ami 1998-ban továbbfejlesztésre került [7]. A protokoll szövegét a Pszichoterápiás Tanács készítette, szövegét a Pszichiátriai Szakmai Kollégium elfogadta ugyan, de hivatalos bejegyzésre nem került, Közlönyben nem jelent meg, hatálya nincs. Ez a protokoll tartalmaz sok alapvető meghatározást és folyamatleírást, ami a szakmaművelés szempontjából mai napig releváns és mérvadó. Tartalmazza továbbá a pszichoterápiás módszerekre vonatkozó indikációk és kontraindikációk BNO-10 szerinti meghatározását is. Jelen irányelv a korábbi iránymutatást is alapul véve kíván megkürrens ajánlásrendszert nyújtani a pszichoterápiás gyógyítás biztonsággal és eredményesen történő alkalmazásával kapcsolatban.

Egy szakmai protokoll a szakmai közgondolkodás összehangolásának és minőségbiztosításának fontos eszköze és nem csupán a klinikumon, egészségügyön belül alkalmazott pszichoterápiáknak szolgál útmutatásul, hanem vonatkoztatási kerete a határterületeken, a tanácsadás, felsőoktatás, szociális szféra keretében végzett pszichoterápiás tevékenységnek egyaránt.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Anxiety disorders Quality standard [8] NICE National Institute for Health and Care Excellence 2014 www.nice.org.uk/guidance/qs53
Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Bipolar disorder in adults Quality standard [9] NICE National Institute for Health and Care Excellence 2015 www.nice.org.uk/guidance/qs95
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	McQuaid, J.R., Lin, E.H., Barber, J.P. et al. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders [10] American Psychiatric Association (APA) 2019 https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Courtois, CA., Sonis, J., Brown, LS. et al. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults. [11] American Psychiatric Association (APA) 2019. https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf
Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Depression in adults: recognition and management Clinical guideline NICE National Institute for Health and Care Excellence. [12] 2009. www.nice.org.uk/guidance/cg90
Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai:	Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management Clinical guideline [13] NICE National Institute for Health and Care Excellence 2011.

Elérhetőség:	www.nice.org.uk/guidance/cg113
Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. [14] NICE National Institute for Health and Care Excellence 2005. www.nice.org.uk/guidance/cg31
Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Personality disorders: borderline and antisocial. [15] NICE National Institute for Health and Care Excellence 2015. www.nice.org.uk/guidance/qs88
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Koran, LM., Hanna, G.L., Hollander, E. et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder [16] American Psychiatric Association (APA) 2007. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-1410197738287.pdf
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Hirschfeld, R., Bowden, C., Gitlin, M. et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition [17] American Psychiatric Association (APA) 2010. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar-1410197656063.pdf
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Oldham, J., Gabbard, G., Gain, M. et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder American Psychiatric Association (APA). [18] 2010. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-1410197667470.pdf
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Stein, M., Goin, M., Pollack, M. et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder (2010). [19] American Psychiatric Association (APA) 2010. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder-1410197712490.pdf
Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Post-traumatic stress disorder [20] NICE National Institute for Health and Care Excellence 2018. www.nice.org.uk/guidance/ng116
Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment Clinical guideline [21] NICE 2013. www.nice.org.uk/guidance/cg159

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító szám:	002239
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról [22]
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXIII. évfolyam, 6. szám, 610-725., old. 2023. 03.18.
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf
Azonosító szám:	002085
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek [23]
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 12. szám, 970 - 1032; old. 2021.07.01.
Elérhetőség:	http://kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2021/12.pdf
Azonosító szám:	002181
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – Az onkopszichológiai ellátásról [24]
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam 19. szám, 1955-2007.old., 2021. 10. 28.
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2021/19.pdf
Azonosító szám:	002114
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – Telementális egészségügyi szolgáltatás nyújtása a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és mentálhigiénés ellátásban [25]
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXII. ÉVFOLYAM 5. szám, 704-724.old., 2022. 03. 30.
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2022/5.pdf

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1

A pszichoterapeuta hivatásgyakorlás szükséges, hogy az alábbi általános szempontok szerint valósuljon meg. (E)

A pszichoterapeuta szakmai attitűdje

A pszichoterapeuta hivatását a szakpszichológusi/szakorvosi esküjéhez híven, etikusan, magas színvonalú szakmaisággal, igényesen és körültekintően, segítő szándékkal jellemezhető nyitottsággal, elfogadással és megértéssel, valamint elfogulatlanságot is magában foglaló szakmai attitűddel, a betegek érdekeit és az ellátók és ellátottak, valamint saját biztonságát, illetve a „*ne aris*” (*nil nocere*) imperatívuszát minden esetben szem előtt tartóan, a titoktartás szakterületen előírt szabályait alkalmazva, az általános emberi értékeket magáénak tudva, illetve a társadalmi és közösségi szabályoknak mindenkor eleget téve gyakorolja. A pszichoterapeuta legfontosabb gyógyító eszköze a módszertani képzettségén és tudásán túl saját személyisége is, emiatt kiemelt szerepet kap az önismereti munka és a terapeuta személyiségének folyamatos fejlesztése. A pszichoterápiás gyógyítás tere a terapeuta és a páciens/beteg/kliens közötti kapcsolat: a motiváción túl a bizalmon alapuló terápiás kapcsolat (rapport) is esszenciális előfeltétele a gyógyító hatású és hatékony együttműködésnek.

A pszichoterápiás kivizsgálás, pszichoterápiás első interjú tartalma

A beteg, páciens, kliens vizsgálata, terápiája, ellátása és gondozása során végzett pszichoterápiás kivizsgálás tervezése és végzése során a pszichoterapeuta figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet és az adott szakterület és indikált módszer specifikumait, a vizsgált beteg aktuális fizikális és lelki állapotát, valamint a személy kezelésbe vonhatóságát egyaránt, mindezeket a beteg releváns élettörténeti eseményeinek tükrében kontextusba helyezve. A pszichoterápiás (tájékoztató/első) interjú, vizsgálat egy vagy több ülésben történhet. A pszichoterápiás kezelést orvosi vizsgálat kell, hogy megelőzze. *(Bővebben: ld. Ajánlás2)*

A betegdokumentáció szükségessége

Szükséges, hogy a betegről/páciensről/kliensről a pszichoterápiás ellátása során születő adatok, vizsgálati eredmények, leletek és dokumentáció egységes szerkezetben és módon, a betegek, illetve a társszakmák számára is elérhetőek és hozzáférhetőek lehessenek. A pszichoterápiás dokumentáció kötelező elemeit a szakmai minimumfeltételek határozzák meg, illetve annak javasolt tartalmi elemeit jelen irányelv vonatkozó ajánlása részletesen taglalja. A dokumentáció elkészítése során a pszichoterapeuta figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet specifikumait, a vizsgált beteg aktuális állapotát és vizsgálatba, illetve terápiába vonhatóságát, valamint a pszichoterápiás kivizsgálás és első interjú, vagy tájékoztató beszélgetés minden az ajánlásban megfogalmazott tartalmi elemét. *(Bővebben: ld. Ajánlás7)*

Szucid veszélyeztetettség

A mentális problémákhoz és betegségekhez társulóan azonosított hangulatot érintő zavarok és problémák, szorongásos zavarok, anamnézisben azonosított premorbid pszichiátriai kórképek, viselkedés alapján megfigyelhető súlyos karakterpatológiák esetén, továbbá kritikus élethelyzetek (negatív állapotváltozások, krízisek) kapcsán a szucid veszélyeztetettség vizsgálata kötelező, felmerülő szucid készletés vagy ideáció esetén pedig pszichiáter szakorvos bevonása, adott esetben a beteg pszichiátriai medikalizációja, illetve hospitalizációja szükséges. A kivizsgálás, illetve exploráció/emisszió alkalmával javasolt strukturált szucid rizikóbecslő skála alkalmazása is. *(Bővebben: ld. Ajánlás16)*

Az alap-pszichoterápiás, illetve szakpszichoterápiás ellátás módszerei

Alap-pszichoterápiás tevékenységet pszichiáterek, gyermekpszichiáterek neuropszichológiai szakpszichológusok és klinikai szakpszichológusok végezhetnek más ráépített képzés nélkül. Egyéb szakorvosok, illetve szakpszichológusok részéről, képzési szempontból az alap-pszichoterápia végzése a pszichoterápiás képzés úgynevezett propedeutikai fázisához kötött. Az alap-pszichoterápia tárgykörébe esik: krízisintervenció, pszichoterápiás szemléletű konzultáció/betegvezetés, szupportív terápia, relaxáció, burnout prevenció. Az alap-pszichoterápia pszichiáter szakorvos, illetve neuropszichológiai szakpszichológus és klinikai szakpszichológus által végzett tünet-, állapot- és élménykorrekciós eljárások alkalmazása - meghatározott céllal, és indikációval, előre rögzített keretek között végzett intervenció, amely verbális és nonverbális kommunikációs formában történik. A szakpszichoterápiás ellátás gyakorlatában azon pszichoterápiás módszerek alkalmazhatók, melyek megfelelő elméleti és módszertani kidolgozottsággal bírnak, bizonyítottan hatékonyak vagy széles szakmai konszenzuson alapulnak, és amelyek használata az egészségügyi ellátásban elfogadott/akkreditált. Azon pszichoterápiás módszer használható, melynek alkalmazására a szakpszichológus jogosult/megfelelő módszerspecifikus végzettséggel rendelkezik. Magyarországon pszichés tünetektől szenvedő betegek/páciensek/kliensek pszichoterápiáját az alábbi módszerekben képzett/jártas, pszichoterápiás szakvizsgálóval rendelkező pszichoterapeuta végezhet (abc sorrendben felsorolva): aktív-analitikus pszichoterápia, autogén tréning és szimbólumterápia, családterápia, csoportanalitikus terápia, hipnoterápia, individuálszichológiai pszichoterápia, integratív terápia, jungi analitikus terápia, kognitív-viselkedésterápia (sématerápia stb.), komplex integratív pszichoterápia, pszichoanalízis, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, pszichodráma, pszichodinamikus mozgás és táncterápia, személyközpontú terápia. *(Bővebben: ld. Ajánlás8)*

Telementális/telemedicinális eszközök alkalmazhatósága

A pszichoterápiás ellátás/kivizsgálás/terápia/gondozás során a beteg/páciens/kliens érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények körültekintő mérlegelését követően, a szakember döntése alapján javasolt lehet telementális/telemedicinális eszközök alkalmazása. A telementális/telemedicinális eszközök használata és intervenciók alkalmazása során beteg/páciens/kliens eltérő jogszabályi szabályozás alá eső

lokalizációja esetén az adott területek/országok vonatkozó szabályait és előírásait minden esetben szükséges figyelembe venni. A telemedicinális/telementális eszközök alkalmazása a pszichoterápiás módszer alkalmazási előírásától is függ. *(Bővebben: ld. Ajánlás17)*

Team munka és szupervízió jelentősége

A pszichoterápiás ellátást szükséges a beteg/páciens/kliens egészségügyi ellátásában érintett szakszeméllyel folyamatosan és szorosan együttműködve, közös teamet/teameket alkotva, folyamatos és rendszeres szupervízióval kísérve végezni. A pszichoterápiát erősen ajánlott egyéni, vagy csoportos (lehetőség szerint módszerspecifikus fókusszal vezetett) szupervízióval kísérve végezni. *(Bővebben: ld. Ajánlás18)*

A pszichoterápiás kivizsgálásról és ellátásról

A pszichoterápiás kivizsgálás/exploráció és az első interjú tartalmi elemei.

Ajánlás2

A pszichoterápiás kivizsgálás és ellátás során végzett exploráció tervezése során a pszichoterapeuta figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet specifikumait, a vizsgált beteg aktuális állapotát és vizsgálatba, illetve terápiába vonhatóságát. A pszichoterápiás vizsgálat és első interjú egy vagy több ülésben történik, az alábbi tartalmi elemek teljeskörű figyelembevételre javasolt. (E)

A pszichoterápiás kezelést orvosi vizsgálat kell, hogy megelőzze. Ezt a vizsgálatot nem szükséges, hogy a kezelő végezze és nem szükséges, hogy az adott pszichoterápiás ellátónál történjen. A szükséges előzetes orvosi vizsgálat, illetve a pszichoterápiás tevékenység alatt felmerülő esetleges vizsgálatok orvosi konzílium formájában valósulhatnak meg.

Pszichoterápiás ellátás nem lehetséges a páciens megfelelő, saját motivációja nélkül (ld. szenvedésnyomás), emiatt pszichoterápiás kezelésre kötelezni akarata ellenére senkit nem lehet (még ha egyéb kezelésekre kötelezve is van).

Veszélyeztető magatartás esetén ambuláns pszichoterápiás ellátás csak a kockázat-haszon arány gondos mérlegelésével, a beteg állapotának szoros figyelemmel követésével, általában más kezelésekkal kombinálva végezhető.

Közvetlen veszélyeztető magatartás esetén a titoktartási kötelezettség megszűnik (ld. továbbá vonatkozó ajánlást). A pszichoterapeutának kötelessége, hogy a rendelkezésére álló eszközökkel a veszély elhárítására lépéseket tegyen (pl.: pszichiáter szakorvos bevonásával az Eütv 200 paragrafus alatti eljárás elindítása, mentő hívása, kezelőszemélyzet, adott esetben rendvédelmi szervek értesítése stb.)

A pszichoterápiás ellátás során az etikai kautélák alkalmazása minden esetben szükséges (ld. vonatkozó ajánlás).

A pszichoterápiás beavatkozás/folyamat kezdetét az első interjú jelenti, melynek főbb tartalmi elemei:

- pszichoterápiás megkeresés körülményei,
- pszichológiai/pszichiátriai exploráció,
- releváns élettörténeti és szomatikus anamnézis,
- aktuális pszichés státusz (jelenlegi panaszok, elmondott és észlelhető tünetek)
- pszichoterápiás első interjú
- tesztvizsgálatok elvégzése (amennyiben szükséges, pl.: szuicid rizikóbecslés),
- diagnózis/differenciáldiagnózis
- pszichoterápiás iránydiagnózis
- pszichoterápiás alkalmasság felmérése (motiváció explorációja, szenvedésnyomás feltárása, célkitűzések meghatározása)
- indikálható és javasolt pszichoterápiás módszerek, terápiás javaslatlattal
- pszichoterápiás megállapodás

A pszichoterápiás vizsgálat/felmérés és első interjú egyéb tartalmi elemei:

Pszichoterápiás megkeresés körülményei:

A pszichoterápiás megkeresés körülményeit vizsgálva rögzítjük:

- milyen külső (ld. környezet nyomása) és/vagy belső (ld. szenvedésnyomás) tényezők indokolták a megkeresést.
- miért most keres a páciens pszichoterápiás ellátást, milyen folyamatok előzték meg döntését.
- milyen korábbi pszichoterápiás vagy nem pszichoterápiás kezelési előzménnyel rendelkezik a páciens
- a megkeresés szempontjából fontos bármely körülmény rögzítése (pl. krízis állapot, korábbi osztályos kezelés utáni pszichoterápiás javaslatétel, élethelyzetben beálló bármely változás, tünet megjelenése, elképzelések a pszichoterápiás folyamatról stb.)

A pszichoterapeuta elsőként a megkeresés körülményeit azonosítja: *ki* (pszichiáter szakorvos, egyéb szakorvos, pszichológus stb.), *miért* (pl.: pszichoterápiás osztályos felvétel, megkezdett farmakoterápia mellett pszichoterápia indikálása stb.) és *hova* (pszichoterápiás osztály, járóbeteg szakrendelés, egyéb ambulancia stb.) küldi a beteget pszichoterápiás első interjúra.

A pszichoterapeuta ezt követően rögzíti a betegről rendelkezésre álló alapvető adatokat (beteg neve, életkora, iskolai végzettsége, esetlegesen a küldő szakember neve, az első interjú helyszíne, a pszichoterápiás vizsgálatot végző neve, végzettsége, a vizsgálat dátuma), majd azt, hogy milyen előzetes információkkal rendelkezik az esetről (ld. önként kér segítséget, más ellátásban keresett először segítséget). Az előzetesen rendelkezésre álló információkat információként és nem tényekként kezeljük, melyek megvizsgálása és szakmai értékelése is feladat.

Akut állapot (krízis, pszichiatriai betegség dekompenzációja, szuicid krízis, veszélyeztető állapot, közvetlen veszélyeztető állapot stb.) esetén első lépés a szakszerű diagnosztikai kivizsgálás, mely meghatározza a kezelési tervet és a szükséges elsőként választandó kezelési módszer adekvát megválasztását. Ezen állapotokban bármely pszichoterápiás intervenció kiegészítő kezelésként alkalmazható a szükséges farmakoterápiás, vagy pszichiátriai kezelés mellett.

Pszichológiai/pszichiátriai exploráció:

A pszichoterapeuta a kivizsgálás első lépéseként klinikai pszichológiai/pszichiátriai explorációt végez.

Az exploráció készülhet strukturált diagnosztikai interjú alapján (pl.: DSM-5 interjú, M.I.N.I interjú, SCID), de történhet zárt és nyitott kérdések alkalmazásával is [26].

A vélemény első mondataiban a betegről alkotott *megfigyeléseinket* rögzítjük a beteg *magatartásáról* (pl. együttműködő, spontán megfogalmazza tüneteit; a kérdésekre szüksézávan válaszol; az explorációs helyzetben a szorongás jeleit mutatja; disszimuláció jeleit mutatja stb.). Minden megfigyelhető pszichopatológiai jelenséget rögzítünk.

Az exploráció a *tünetek keresztmetszeti kikérdezését* jelenti, vagyis az exploráció során arra kérdezzük rá, hogy az adott tünet *mióta és milyen gyakorisággal* áll fenn. A véleményben rögzítjük, hogy milyen tünetekre kérdeztünk rá, megnevezzük az általunk azonosított pszichopatológiai jelenségeket, idézve a beteg szavait, mellyel pszichopatológiai állításunkat alátámasztjuk (pl. kontaminációs obszesszió explorálható, mely a nap jelentős részében fennáll, jelenlétüket 3 hónapja tapasztalja: „nem tudok a lakásomba bevinni kintről semmit, mert úgy érzem az egész lakás ettől beszennyeződik, és elviselhetetlen annak a gondolata, hogy a beszennyeződés megtörténik, és ez végérvényes lesz”).

Az exploráció során a realitással való kapcsolat, a hangulat milyensége, a szorongás jelenléte, az érzelmi és indulati szabályozás kérdései, az evés-alvás alaptüneteinek kikérdezésre a vezető szál, amin haladunk.

Az explorációban először az *aktuális tüneteiről* kérdezzük a beteget [4]. Megfigyeljük, hogy spontán milyen panaszokat és tüneteket fogalmaz meg, majd a tünetek mentén folytatjuk a kikérdezést.

Depresszív tünetek említése esetén végig kérdezzük a depresszió tüneteit a betegről, rögzítjük, hogy ezek közül melyek fordulnak elő nála, és melyek nem. Depresszív tünetek említése esetén ki kell kérdeznünk a *bipolaritás* tünetkörét is. Minden esetben kötelező a *szuicid rizikó* kérdéskörét körüljárunk: elkülönítve a szuicid ideáció és a szuicid szándék fennállásának lehetőségét.

Ha a beteg szorongásos panaszt említ, akkor az összes *szorongásos tünetre* rá kell kérdeznünk, külön kitérve arra, hogy a páciens a szorongás milyen jeleit figyeli meg magán – ld. a szorongás testi tünetei vagy inkább a szorongás kognitív tünetei jellemzőek-e rá.

Az *érzelem- és indulatszabályozás* kérdéskörénél az alapvető frusztrációs tolerancia, impulzuskontroll pszichopatológiai jegyeit kérdezzük végig.

Az *evés-alvás* alaptünetei esetén elsősorban a szokottól eltérő megváltozott funkciókra kérdezzük rá: testsúlyvesztés, testsúlygyarapodás kérdései, evés kapcsán felmerülő tünetek esetén az evészavarok irányába is folytatva a kikérdezést. Az alvás esetén az inszomnia különböző megjelenési formáit kérdezzük végig, megjelölve a vezető alvási nehézséget (pl.: elalvási vagy átalvási nehézség).

Ha *pszichotikus tünetek* jelenlétére utalnak akár a beteg vizsgálati helyzetben tanúsított magatartásáról szóló megfigyeléseink, akár az előzetes információink, akár erre vonatkozik a diagnosztikai vagy differenciáldiagnosztikai kérdés, módszeresen végig kell kérdezzük a téveszmék és a percepciózavar tüneteit, valamint a társuló komorbid tüneteket is. A paranoid tünetek kikérdezése igényli a legnagyobb figyelmet, óvatosságot és szakmai gyakorlatot.

Az exploráció felvétele során tehát a DSM-5 és a BNO-10 klasszifikációs rendszereket követjük, kérdéseinket azon a nyomvonalon tesszük fel, amelyre a beteg által említett tünetek vezetnek bennünket [27, 28]. A leghasznosabb az, ha eldöntendő kérdéseket teszünk fel magunknak, ezzel csökkentjük a hibázás és a kihagyott kérdések lehetőségét [26]. Pl.: Ha a beteg „labilitásról” panaszodik, ez vajon érzelmi labilitás (borderline tünetkör kikérdezése) vagy hangulati labilitás (bipolaritás tünetkörének kikérdezése) vagy indulati labilitásról (impulzuskontroll tünetek kikérdezése) van szó?

Pszichológiai/pszichiátriai anamnézis:

Az anamnézis felvétele az explorációban feltérképezett *tünetek idői megjelenésének* kikérdezését jelenti: mikor jelent meg az adott tünet, mióta állnak fenn a tünetek, milyen tünetváltások történtek, milyen komorbid tünetek milyen időszakban jelentek meg [26, 29].

Az anamnézis felvétel lényegi elemei a következők:

- Pszichológiai/pszichiátriai anamnézis: korábbi hospitalizáció, pszichológiai, pszichiátriai, pszichoterápiás kezelések (kezelést végző pszichoterapeuta),
- jelenlegi és korábbi gyógyszeresedés (gyógyszerelést végző orvos),
- szükség esetén heteroanamnézis felvétele.

Szomatikus anamnézis:

A szomatikus anamnézis a fizikális állapot áttekintő felmérését jelenti orvosi dokumentáció vagy a beteg által elmondottak alapján. Lényegi elemei a következők:

- aktuálisan fennálló szomatikus betegségek felsorolása,
- szomatikus betegségtörténet (kezelést végző intézet, osztály, orvos megnevezése),
- esetleges aktuális fizikai panaszok megnevezése.

Élettörténeti anamnézis:

Az élettörténeti anamnézis a beteg *alapvető életkörülményeinek feltérképezését* jelenti: iskolai végzettség, teljesítmény, munkavégzés, párkapcsolat, családi kapcsolatok kérdéseinek lényeges, *aktuális és a tünetek szempontjából fontos* életeseményi változásainak rögzítését jelenti. A fontos életesemények áttekintő felmérése során a jelenlegi élethelyzet releváns biográfiai tényezőit emeljük ki (munkahely, családi viszonyok), illetve a pszichés megbetegedés szempontjából fontos biográfiai tényezőket mérjük fel:

- traumák, pszichotraumák: veszteségek, abúzus-események,
- releváns kapcsolati történések: válás, elakadt gyászfolyamat,
- megterhelő életesemények: krónikus betegség, munkahely elvesztése, válás.

Családi anamnézis:

A családi anamnézis a beteg családjában megjelenő pszichés megbetegedések kikérdezését jelenti.

Heteroanamnézis:

A beteg vizsgálaton megjelent, vagy vizsgálatra behívott hozzátartozójától nyert betegségre, tünetekre, panaszokra vonatkozó információk rögzítését jelenti [26].

Pszichés státusz:

A pszichés státusz az aktuálisan jelen lévő, megfigyelhető vagy explorálható tünetek leírását jelenti, készítése pszichopatológiai alapfogalmakkal történik, melyből a beteg tünetei egyértelműen megérthetőek és követhetőek. A pszichés státusz elemei a következők:

- tudat (vigilitás és integráció) és a tudat zavarai,
- orientáció (térbeli, időbeli, auto- és allopszichés),
- figyelem (felkelthetőség, terelhetőség, célképzet tartása),
- percepciózavar (észrevevési és érzékelési zavarok),
- realitásműködés,
- gondolkodás (színvonala, intellektusa, képzetek és fogalmak használata, iskolázottsági szint); a gondolkodás alaki és tartalmi zavarai,
- mnesztikus funkciók (megjegyző, megtartó és felidéző emlékezés),
- hangulati élet (fekvése és jellege),
- érzelmi élet (adekváttsága, tartalomhoz illeszkedése és intenzitása),
- szorongás (szubjektív, magatartásbeli, vegetatív jelek),
- aktivitás és cselekvőképesség,
- étvágy és tápláltság,
- alvás (el- és átalvás jellegzetességei, inszomnia, hiperszomnia jegyei),
- szexuális élet (megfigyelhető és esetleges változások),
- pszichomotorium (tempó és formai változások),
- beszéd (tempó, és formai szabályozottság),
- tekintet-kontaktus (megtartott, nem megtartott),
- mimika, gesztusok (illeszkedése a helyzethez, beszédhez, tartalomhoz),
- kritikai készség (megtartottsága, változása),
- személyiség (megtartott, változott, önértékelés kérdései),
- szociális kapcsolatok (mennyisége, minősége),
- betegségtudat (adekvát, inadekvát),
- szuicid ideációk (gondolatok, készletések), szándék (kísérlet),
- szerhasználat (drog, alkohol mennyisége, gyakorisága).

Pszichoterápiás első interjú:

A pszichoterápiás első interjú formailag a pszichoterápiás kezelést végző szakember és a páciens között zajló első beszélgetés, melynek célja a pszichoterápiás diagnózis, indikációk megállapítása valamint a pszichoterápiás kapcsolat megalapozása. Az első interjú az adott pszichoterápiás módszerre vonatkozó módszerfüggő sajátosságokkal bír [29].

Tesztvizsgálatok elvégzése:

A klinikai szakpszichológus az adott kórképnek megfelelően, a diagnosztikai klinikai kérdés és differenciáldiagnosztikai kérdésfeltétel után tesztek felvételét indikálja (ld. a vonatkozó ajánlást).

A tesztek eredményét egyenként, külön írja le a véleményben.

Diagnózis, differenciáldiagnózis megállapítása:

A klinikai pszichológiai/pszichiátriai explorációt követően a szakember BNO-10, DSM-5 klasszifikációs rendszerek alapján diagnosztikai megállapításokat tesz. A differenciáldiagnosztikai folyamat alapvetően megegyezik a klinikai pszichológiai/pszichiátriai differenciáldiagnosztikával [27, 28].

Pszichoterápiás iránydiagnózis megfogalmazása:

A pszichoterápiás diagnózis megalkotása az adott pszichoterápiás módszer alapján történő diagnosztikai folyamat pl. pszichodinamikai elemzés, esetkonceptualizálás. A pszichoterápiás diagnózis formáját és tartalmát az alkalmazott módszer szempontjai határozzák meg. A pszichoterápiás diagnózis megfogalmazása a megfelelő pszichoterápiás módszer indikálásához szükséges.

A módszerspecifikus diagnózis azt jelenti, hogy az adott pszichoterápiás módszer az adott probléma és tünetkörben indikált-e, alkalmazható-e és kivitelezhető-e.

Pszichoterápiás alkalmasság felmérése:

A pszichoterápiás alkalmasság megítélésénél felmérjük a következőket:

- motiváció kérdései: milyen mértékű szenvedést okoznak a meglévő tünetek? milyen gyógyulási igény jellemzi a páciensét?
- pszichoterápiás szocializáltság: milyen ismeretekkel rendelkezik a páciens a pszichoterápiás folyamatról? milyen terápiás elképzelésekkel bír? esetlegesen megjelenő tüneteire vonatkozóan milyen magyarázó elvekkel rendelkezik?
- kapcsolódás képessége: milyen a páciens kapcsolódási képessége és terhelhetősége? hogyan illeszkedik egymáshoz a páciens és a terapeuta vagy pl. a páciens és a csoport stb.
- alkalmazhatóság kérdései: tud-e a páciens a választott módszerrel dolgozni?, várható-e a választott módszertől eredmény?

Indikációk és kontraindikációk, terápiás javaslatétel:

Pszichoterápia akkor javallott, amikor az adott problémakörrel/tünettől küzdő páciens számára az adott pszichoterápiás módszer (mely a meghatározott tünetkörben/problémakörben megfelelő evidenciákkal bír) alkalmazása és a módszerben képzett és kompetens pszichoterapeutával történő közös munka eredményt érhet el.

Az indikálási folyamat során módszerspecifikus szempontok is elemzésre kerülnek: ld. csoportterápia speciális szempontjai, családterápia indikációs szempontjai.

A kontraindikáció általános szempontja: nem javallt pszichoterápiát végezni, ha azt nem támasztja alá pozitív indikáció. Specifikus ellenjavallat a pszichiátriai-diagnosztikai, alkalmazhatósági, kapcsolati-illeszkedési és módszerspecifikus ellenjavallat.

Pszichoterápiás megállapodás:

A pszichoterápiás megállapodás általában szóbeli megállapodás, mely rögzíti:

- a. a terápia célját: a pszichoterápiás munka célja az alkalmazott módszerrel összhangban álló, egyedi, a konkrét terápiahoz kapcsolható, a páciens és a terapeuta által közösen megfogalmazott változási igény, melynek elérésére törekednek a pszichoterápiás munka során.
- b. a páciens munkamódját: a páciens tennivalóit az alkalmazott pszichoterápiás módszer határozza meg; a munkamódot ajánlások vagy technikai szabályok átadásával, ismertetésével a pszichoterapeuta adja meg.
- c. a pszichoterapeuta munkamódját: a pszichoterapeuta által alkalmazott módszerek, technikák ismertetését jelenti.
- d. a terápia formáját, körülményeit: pszichoterápiás ülések helye, időpontjai, gyakorisága, a tervezett összidőtartam kérdései rögzíti.
- e. kiegészítő megállapodások: ide tartoznak például a szabadság vagy a honorárium esetleges kérdései, illetve minden az adott módszerhez speciálisan tartozó kérdés.

A pszichoterápiás megállapodást a pszichoterapeuta és a páciens köti; gyermekterápiában mind a szülővel, mind a gyermekkel kell a megállapodást kötni. Csoport- és családterápia esetén a megállapodás kötés több lépcsős: egyénileg és a csoporttal, illetve a családdal is külön szükséges megállapodni [29]. A és beleegezés kötelezettségeivel és jogosultságaival, illetve az adatszolgáltatással kapcsolatban az Egészségügyi Törvény (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) vonatkozó előírásai és a mindenkor hatályos jogszabályok az elsődlegesen irányadók!

Pszichoterapeuta jelölt csak pszichoterapeuta ellenjegyzésével ellátott szakvéleményt adhat ki.

Ajánlás3

A pszichodiagnosztikus kivizsgálás és pszichoterápiás felmérés során jelenleg a BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. Kiadás) vagy a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual fifth edition 2013) Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) kritériumait is javasolt figyelembe venni [27, 28, 30]. (SIGN: A, USPSTF: A)

A diagnosztikus nomenklaturák használata növeli a diagnózis megbízhatóságát a kevésbé tapasztalt szakemberek számára is. A WHO tagállamaiban (így Magyarországon is) várható a BNO-11 diagnosztikai rendszer és kódolás bevezetése, mely a későbbiekben fel fogja váltani a BNO-10-et. Jelenleg a betegdokumentáció és az adminisztratív kódolás tekintetében a BNO-10 az irányadó és alkalmazandó. Mindkét betegségsztyályozó rendszer (BNO, DSM) világszerte használatos a fekvő- és a járóbeteg ellátásban is, míg kutatási célokra elsősorban a DSM szolgál.

A jelen irányelvben szereplő módszertani ajánlások a BNO-10 főcsoportjai szerint határozzák meg az alkalmazható módszereket, az indikációkat és kontraindikációkat, tekintettel arra, hogy a rendelkezésre álló kutatási evidenciák is ezen csoportosítás mentén állnak rendelkezésre.

Ajánlás4

Az alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai vizsgáló eszközök az 1. Táblázatban foglaltak szerint alakulnak a különböző betegségsztyályozásokban [26, 31, 32, 33]. (SIGN: A, USPSTF: A)

A pszichodiagnosztikai kivizsgálás során, a pszichoterápiás beavatkozás kiválasztását segítő a pszichoterapeuta explorációt, anamnézis (és szükség esetén heteroanamnézis) felvételt majd szükség esetén pszichodiagnosztikai eszközökkel tesztvizsgálatokat végez és diagnózist állapít meg, illetve terápiát indikál. A tesztek kiválasztása a pszichoterapeuta kompetenciája, a tesztválasztás a klinikai, illetve diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai kérdéshez illeszkedően történik.

Az ajánlásban BNO-10 betegségsztyályozásonként kerülnek felsorolásra az alkalmazható pszichodiagnosztikai eszközök, ezek egy része diagnosztikára, más részük állapotkövetésre, a terápia megtervezésére vagy az alkalmazott terápiás eljárás hatékonyságának igazolására alkalmas módszertani mérőeszköz.

1. Táblázat: Alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai eszközök betegcsoportonkénti felosztása ([26, 31, 32, 33] alapján saját összeállítás).

<p>Organikus és szimptomás mentális zavarok: F00-F09</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ACE-R - ACE-III. - ADAS-cog - AKV - Benton teszt - DWNB - Geriátriai depresszió skála - Korai mentális teszt - MMSE - MoCA - Óra rajzolási teszt
<p>Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok: F20-F29</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BPRS: Rövid Pszichiátriai Becslő Skála - DES: Disszociatív Élmények Skála - MMPI, MMPI-2 - Rorschach-teszt - RO-CS: Ego Impairment Index, WSum6 mutató, Szkizofrénia Index, Perceptual Thinking Index - SANS: Negatív Tünetek Becslési Skála - SAPS: Pozitív Tünetek Becslési Skála - SCID-5-CV - SCID-PANSS
<p>Bipoláris és kapcsolódó zavarok: F30-F31.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BDI: Beck Depresszió Kérdőív - HCL-32: Hypomania-Checklist 32 - MMPI, MMPI-2 - Rorschach-teszt - SCID-5-CV - YMRS: Young Mania Rating Scale
<p>Depresszív zavarok: F32-F39</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BDI: Beck Depresszió Kérdőív - C-SSR: Columbia Suicide Severity Rating Scale - HAM-D: Hamilton Depresszió Skála - MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MMPI, MMPI-2 - RKS: Rövid Kockázatbecslő Skála - RO-CS: Depresszió Index, S-CON szuicidium index - Rorschach-teszt - RS: Reménytelenség Skála - SCID-5-CV - ZSDS: Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála

<p>Szorongásos zavarok: F40-F41.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BAI: Beck Szorongás Leltár - HAM-A: Hamilton Szorongás Skála - MMFQ: Mark és Matthews-féle Félelmi Kérdőív - MMPI, MMPI-2 - Rorschach-teszt - SCID-5-CV - SCQ: Szociális Kogníció Kérdőív - SHAI: Egészségszorongás Kérdőív - STAI: Spielberger Szorongás Kérdőív
<p>Kényszeres és kapcsolódó zavarok: F42-F42.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BIS: Barratt Impulzivitás Skála - DY-BOCS: Dimenzionális Yale Brown Kérdőív - FAS: OCD Családi Akkomodációs Skála - MOCI: Maudsley Kényszer Kérdőív - PSWQ: Penn State Aggódás Kérdőív - RO-CS: Obszesszív Stílus Index - SCID-5CV - VOCI: Vancouveri Obszesszív Kompulzív Skála - Y-BOCS: Yale-Brown Kényszer Kérdőív
<p>Traumával és stresszorral összefüggő zavarok: F43-F43.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - IES-R: Események Hatása Kérdőív - MMPI-2 - PDS: Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála - PSS: Észlelt Stressz Kérdőív - RO-CS: Traumatikus Tartalom Index, Hipervigilancia Index
<p>Disszociatív zavarok: F44-F44.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DES: Disszociatív Élmények Skála - DIS-Q: Disszociáció Kérdőív - MDI: Többskálás Disszociáció Kérdőív - RO-CS: Realitás-Fantázia Skála - SSD: Disszociatív Állapotok Skála
<p>Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok: F45-F45.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - FKK: Fájdalomkatasztrófizáló Kérdőív - TAS-20: Torontói Alexitímia skála

<p>Táplálkozási és evészavarok: F50-F50.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ANIS: Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív - BCDS: Bulimia Kognitív Disztorziós Skála - BSQ-14: Testforma kérdőív – rövid változat - EDI: Evési Zavar Kérdőív - Rorschach-teszt - SCID-5-CV
<p>Személyiségzavarok: F60-F69</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BIS: Barratt Impulzivitás Skála - Buss-Perry Agresszió Kérdőív - CERQ: Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív - DAS: Diszfunkcionális Attitűd Skála - DERS: Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív - EPQ: Eysenck-féle Személyiség Kérdőív - MMPI, MMPI-2 - RO-CS: Kölesönös Autonómia Skála, Lerner-féle elhárító mechanizmusok skála, Agresszív Válaszok Skála, Rorschach Orális Függhőség Skála, Egocentricitás Index - Rorschach-teszt - RSES: Rosenberg Önértékelés Skála - SCID-5-PD - SCID-5-AMPD - Szenzoros Élménykeresés Skála - Young-féle Séma Kérdőív - PID-5, PID-5-BF
<p>Mentális retardáció: F70-F79</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MAWI - RAVEN - WAIS-IV
<p>Zavarok súlyosságát, funkcionálitást mérő skálák:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - GAF: Global Assessment of Functioning Scale - SOFAS: Social and Functional Assessment Scale - WHO DAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0

Ajánlás5

A pszichoterápiás/szakpszichoterápiás ellátás során javasolt az intenzitásuk spektruma szerint kiválasztani az alkalmazni kívánt intervenció típusát [26, 29, 34, 35, 36, 37]. (SIGN: A, USPSTF: A)

A pszichoterápiás/szakpszichoterápiás ellátásban alkalmazott beavatkozások intenzitásuk spektruma szerint:

1. Alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások:

- pszichoedukáció,
- szupportív esetvezetés, tanácsadás,
- readaptációs esetvezetés,
- pszichológiai/pszichiátriai esetvezetés,
- pszichológiai/pszichiátriai tanácsadás,
- életvezetési tanácsadás,
- stresszkezelési tréning,
- relaxáció

2. Közepes intenzitású pszichológiai beavatkozások:

- alap-pszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- alap-pszichoterápia csoportvezetésben.

Az alap-pszichoterápia körébe tartoznak az alábbi tevékenységek: krízisintervenció, pszichoterápiás szemléletű konzultáció/betegvezetés, szupportív terápia, relaxáció, burnout prevenció.

3. Magas intenzitású pszichológiai beavatkozások *(pszichoterápia ráépített szakképzettség és módszerspecifikus végzettség birtokában végezhető):*

- (szak)pszichoterápia egyéni esetvezetésben,
- (szak)pszichoterápia csoportvezetésben.

A pszichoterápiás beavatkozások kötelező kívánalmai

Ajánlás6

A pszichoterápia megválasztása és alkalmazása során az alábbi szempontokat szükséges kötelezően érvényesíteni:

- A beavatkozás minden esetben a beteg érdekeit szolgálja.
- A beavatkozás minden esetben a tudományos evidenciákon alapszik.
- A beavatkozás minden esetben figyelembe veszi a beteg aktuális pszichés, mentális, és szomatikus állapotát is.
- A beavatkozás minden esetben a szakember végzettségének megfelelő, a beavatkozás szakmaiságát a pszichoterapeuta képzettsége és folyamatos továbbképződése garantálja.
- A beavatkozás hitelességét minden esetben a szakember képzettsége, szakmai gyakorlata; a szakember hitelességét megfelelő önismerete és önreflexiók kapacitása biztosítja.
- A beavatkozás minden esetben összhangban van az etikai irányelvekkel. (E)

A pszichoterápiás dokumentáció jelentősége és szükségessége.

Ajánlás7

Szükséges, hogy a betegről a pszichoterápiás ellátás során születő adatok, vizsgálati eredmények, leletek és dokumentáció egységes szerkezetben és módon, az egészségügyi ellátás során az érintett társszakmák számára is elérhetőek lehessenek, azok a járóbeteg ellátásban ambuláns lapon, fekvőbeteg ellátásban zárójelentésben is megjelenjenek, úgy, hogy biztosított maradjon az érzékeny adatok védelme és a titoktartás. Az ellátásban érintett egyéb szakterületek kapcsán kiterjesztett titoktartás vonatkozik a pszichoterápiás eljárás dokumentációját illetően. (E)

A dokumentáció kötelező elemeit a szakmai minimumfeltételek határozzák meg, illetve az alábbiak szerint javasolt.

A pszichoterápiás dokumentáció elkészítése során a pszichoterapeuta figyelembe veszi az aktuális vizsgálati helyzet specifikumait, a vizsgált beteg aktuális állapotát és vizsgálatba/terápiába vonhatóságát, valamint a pszichoterápiás tájékozódás és első interjú, valamint a kivizsgálás minden, az irányelvben megfogalmazott tartalmi elemét.

A betegvizsgálatról készülő egészségügyi dokumentáció (ambuláns lap, szakorvosi/szakpszichológusi szakvélemény stb.) felépítésében magában foglalja, és javasoltan a következő tartalmi struktúrát követi:

- bekerülés körülményei, a kért vizsgálat oka/indoka,
- pszichológiai/pszichiátriai exploráció,
- pszichológiai/pszichiátriai anamnézis,
- szomatikus anamnézis,
- pszichés státusz,
- élettörténeti anamnézis,
- tesztvizsgálatok elvégzése, kiértékelése, értelmezése
- összefoglaló szakvélemény, diagnózis
- terápiás javaslat tétel.

Az összefoglaló szakvélemény az exploráció, anamnézis, esetleges heteroanamnézisé és a tesztvizsgálatokból nyert adatok és információk értő és ellentmondásmentes integráló összesítését tartalmazza.

Az egyes pszichoterápiás ülésekről szóló dokumentáció a következőket tartalmazza:

- A pszichoterápiás ülés megtörténének dokumentálását (OENO kód / tevékenységmegnevezés, illetve a pszichoterápiás módszer megjelölése)
- Aktuális pszichés státuszt az ülés idején
- Esetleges új diagnosztikai teszteredmények dokumentálását
- Bármilyen, a páciens hogylétével vagy a pszichoterápiás kezelésével kapcsolatosan megemlíthető új információt

A fentiekre a pszichoterapeuta önállóan nyilatkozhat, diagnosztikai következtetéseket vonhat le, további kezelésre adhat javaslatot és pszichoterápiával kezelhet. A javaslatok felhasználásával a kezelőorvos beutalót állíthat ki a beteg számára.

A betegdokumentáció további javasolt elemei: beteg főbb adata(i), jelentkezés ideje és módja, hozott probléma/panasz (status), megállapított diagnózis(ok), javasolt módszer(ek), pácienssel kötött megállapodás a terápiát illető célokról és a választott módszer(ek)ről, főbb terápiás keretek (ülésgyakoriság, ülés hossz, helyszín, telemedicinális eszközök alkalmazása stb.), az anamnézis releváns életeseményei/történései (korábbi pszichoterápiás kezelés, pszichofarmakoterápia, szomatikus betegség(ek), szuicidium stb.), a terápiás folyamat főbb történései (terápiás szünet, módszerváltás, acting out, gyógyszeresedés stb.), a terápiás keretekről és az adatok védelméről a tájékoztatás megtörténéének rögzítése, terápia zárásának időpontja (a pszichoterápiás kezelés végét követően).

Ajánlás

A (szak)pszichoterápiás ellátás gyakorlatában azon pszichoterápiás módszerek alkalmazhatók, melyek megfelelő elméleti és módszertani kidolgozottsággal bírnak, bizonyítottan hatékonyak vagy széles szakmai konszenzuson alapulnak, és melyek használata az egészségügyi ellátásban elfogadott/akkreditált. Az ellátás során azon pszichoterápiás módszer alkalmazható, melynek végzésére a szakember (pszichoterapeuta) jogosult és megfelelő módszerspecifikus végzettséggel rendelkezik. (E)

A szakmai irányelvben azok pszichoterápiás módszerek szerepelnek, amelyek a klinikai alkalmazás során önállóan, fő pszichoterápiáként alkalmazhatók, és a gyakorlatban elterjedtek, valamint a Pszichoterápiás Tanács befogadta és a hazai pszichoterápiás képzési rendszer részei. Továbbá helyet kapnak azok a módszerek is, amelyek alkalmazása a nemzetközi ajánlások szerint javasolt az adott pszichés problémával küzdők gyógyítása során. A felsorolt pszichoterápiás módszerek listája nem végleges: a későbbiekben további eljárások is akkreditálhatók, honosíthatók.

Magyarországon pszichés tünetektől szenvedő betegek/páciensek/kliensek pszichoterápiáját az alábbi módszerekben képzett/jártas, pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező szakember végezheti (abc sorrendben)

felsorolva): aktív-analitikus pszichoterápia, autogén tréning és szimbólumterápia, családterápia, csoportanalitikus terápia, DREAM-terápia, hipnoterápia, individuálpszichológiai pszichoterápia, integratív terápia, jungi analitikus terápia, kognitív-viselkedésterápia (sématerápia), komplex integratív pszichoterápia, pszichoanalízis, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia és rövid dinamikus terápiák, pszichodráma, pszichodinamikus mozgás és táncterápia, személyközpontú terápia. A módszerspecifikus képzés oktatását az adott módszer akkreditált kiképző egyesülete végzi. Az alábbiakban az irányelv elkészülésének idején akkreditációval rendelkező módszerek, illetve a nem akkreditált, de az egyes iskolákhoz és képzőhelyekhez kapcsolódó módszerek bemutatása olvasható. *A leírások a módszerspecifikus egyesületekkel történt egyeztetés mentén, az általuk küldött szakmai anyagok alapján készült saját összeállítás.*

Módszerspecifikus pszichoterápiás egyesületek Magyarországon:

1. Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete (AKAPE)
2. Csoportanalitikus és Kiképző Társaság (CSAKIT)
3. Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely (DREAM)
4. Integratív Pszichoterápiás Egyesület (IPE)
5. Magyar Csoportpszichoterápiás Egyesület (MaCsopE)
6. Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület (MAPE)
7. Magyar Családterápiás Egyesület (MCSE)
8. Magyar Hipnózis Egyesület (MHE)
9. Magyar Individuálpszichológiai Egyesület (MIPE)
10. Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület (MAKOMP)
11. Magyar Mozgás-és Táncterápiás Közhasznú Egyesület (MMTE)
12. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület (MPE)
13. Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület (MRSZE)
14. Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület (POPKE)
15. Magyar Pszichodráma Egyesület
16. Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület (MASZEPTE)
17. Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület (VIKOTE)

Az egyesületek elérhetőségét a 13. Táblázat tartalmazza (VII. Fejezet)

Akkreditált pszichoterápiás módszerek (abc rendben) – részletesen ld. alább

Aktív analízis

Autogén tréning és szimbólumterápia

Családterápia

Csoportanalízis

DREAM terápia

Gyermepszichoterápia

Hipno-pszichoterápia

Individuálpszichológiai pszichoterápia

Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior)

Jungi analízis

Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, , regressziós és disszociációs technikák)

Pszichoanalízis és (pszicho)analitikusan orientált terápia

Pszichodinamikus mozgás és táncterápia (PMT)

Pszichodráma

Személyközpontú pszichoterápia

Viselkedésterápia és standard kognitív terápia

Nem akkreditált, de valamelyik pszichoterápiás iskolához kapcsolódó és a pszichoterápiás gyógyító gyakorlatban alkalmazott módszerek (abc rendben) – részletesen ld. alább

Áttétel Fókuszú Pszichoterápia - TFP

Dialektikus viselkedésterápia – DBT

EMDR

Mentalizáció Alapú Terápia – MBT

Metakognitív terápia
Sématerápia
Tudatos jelenlétben alapú kognitív terápia - MBCT

Aktív analízis

Az aktív-analízis majdnem egyidős a klasszikus pszichoanalízissel. Megalkotója Wilhelm Stekel (1868-1940) volt, aki a pszichoanalízis korai úttörőjeként Freud egyik első és leghívebb tanítványa volt, és az 1900-as évek német nyelven talán legtöbbet publikáló pszichoanalitikusa. Gyakorló orvosi esküjéhez híven a pszichoanalízis hatékonyságának javítását, a betegek szenvedésének minél gyorsabb csökkentését tűzte ki céljául, ezért ellenezte a hosszú, a teljes személyiség strukturális változását célzó analíziseket. 1912 után önálló elméleti iskola alapítása helyett eseteken keresztül tanította módszerét, amelyet a terapeuta magatartásáról aktív-analízisnek nevezett el. Klinikai gyakorlólhelyein korának számos pszichoanalitikusa szerzett tapasztalatot, így inspiráló hatása a rövid dinamikus terápiák kialakulásában, vagy az álmokkal való pszichoterápiás munkában jól kivehető. Mindezzért Stekelt a mai korszerű pszichoterápiák egyik jelentős előfutárának tekintjük.

Az aktív-analízis elméletében elfogadja a pszichoanalízis személyiség strukturális felfogását és tudattalan motivációk jelenlétét, követve a modern csecsemőfejlődési kutatások által leírt szabályszerűségeket és a terápia technikáját is ezen alapelvek mentén építi fel. Eltér azonban a klasszikus analízistől abban, hogy csak a sikertelenül elfojtott tudattalan tartalmak feltárását tartja fontosnak. A terápia fókuszában a kliens aktuális konfliktusa áll. Az analitikus feltárás csak a konfliktusokat generáló patológiás személyiség-rész korrekciójáig tart, mely tünetredukciót, a kóros és a káros viselkedés megváltoztatását teszi lehetővé. Az aktív-analitikus a páciens kapcsolati rendszerét is figyelembe véve elsősorban az „itt-és-most”-ban dolgozik. A munka terepe az áttételi-viszontáttételi folyamatok világa (beleértve a testi áttételi jelenségeket is), amelyből adódó kapcsolati élményeknek, „találkozás pillanatoknak” kiemelt jelentőséget tulajdonítunk. Hansúlyos a negatív áttétellel való munka, ezen keresztül az ellenállások kezelése. A kezelés kliens és terapeuta közös alkotási folyamata, amely lehetőséget ad a páciensben meglévő kreatív potenciálok, a „cselekvő én” mozgósítására, amit a terapeuta facilitálhat pl. kognitív-viselkedésterápiás eszközökkel, paradox intenciókkal, az álmokkal való munkával, pszichoedukációval stb. Ez a munkamód nagyban épít a terapeuta személyiségében kimunkált „terapeuta változókra”, az intuíció, a segítő szándék és a változtatni tudás gyakorlat által fejleszthető készségeire.

Röviden: az aktív-analízis egy elméletében koherens, a terapeuta személyiségéhez és gyakorlatához illeszkedően terápiás eszköztárban eklektikus mélylélektani módszer.

Stekel Magyarországi követői 1924-ben megalapították a Független Orvosanalitikusok Egyesületét, amelynek a „Budapesti Iskolával” egyenrangúan nagy szerepe volt a pszichoanalízis népszerűsítésében, fennmaradásában. Az 1924-es egyesület jogutódja a jelenlegi Aktív-Analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete (AKAPE), amely a világon az egyetlen Stekeliánus formáció.

Autogén tréning és szimbólumterápia

Autogén tréning Relaxációnak nevezzük azokat a pszichofizikai, pszichoszomatikus eljárásokat, amelyek a testi, lelki és szellemi egyensúly helyreállítását, valamint a pszichofiziológiai működés rendezését a testi lazításon és a testi-lelki élmények tudatosításán és feldolgozásán keresztül érik el. Az *autogén* kifejezés jelentése: önmagából eredő, valami önmagától, önerejéből való (például: képesség, tulajdonság, eredet, származás). Az autogenitás elve – (az autogén tréning és az autogén tréning felső fokának is tekinthető szimbólumterápia vezérfonalaként) – szerint a terápia alapvetően az önmegismerésre és önfejlődésre épül. Legfontosabb értéként tételezi és egyben célja is a személyiség lényegi, egészséges magjának kibontakoztatása, a személy sajátos, immanens törekvéseinek feltétlen tiszteletben tartása. Az autogén tréning olyan pszichoterápiás módszerré vált, ahol az izom- és neurovaszkuláris ellazításból kiindulva történik a lelki átrendeződés.

Szimbólumterápia Az autogén tréning felső foka, imaginatív megjelenítéseket alkalmazó terápiás módszer. A folyamatban tematikus képi megjelenítés útján pszichés problémák mélylélektani feltárása és megoldására irányuló pszichoterápiás munka történik. A belső képekkel való munka gazdagítja a pszichés energiát a képek feszültségoldó és én-erősítő hatása révén. A lelki megoldásmódok keresése a személy egészséges én-részeinek erősítésével, a belső képeken történő műveletek hatására valósul meg. A szimbólumterápiában analógiás gondolkodás eszközével segítjük elő a megértést, a belátást, a nézőpontváltást, az érzelmi átalakítást. Szimbólumterápia hatásfokát és mélységét, a személy belső valóságának formába öntését a befelé forduló befogadó figyelem, az ellazult testi-lelki állapot, az önelfogadás biztosítja.

Családterápia

A családterápia olyan gyógyító, preventív és edukatív eljárások ötvözeté, ami a szomatikus és mentális problémák kialakulásának megakadályozásához, illetve megszüntetéséhez a család egységét és a családon belüli kapcsolatokat veszi alapul. A tüneteket kapcsolati problémaként, a családi rendszer elakadásaként értelmezi, így egyetlen ok megszüntetése helyett a cirkuláris okság elvére támaszkodva a családi rendszer megváltoztatásában látja a megoldást. Ezen megoldás eléréséért a tünetek mentén kialakult és bemerevedett diszfunkcionális családi homeosztázis helyett újszerű, egészséges funkcionalitást biztosító homeosztázis kialakítása a cél. A családterápia erőforrás centrikus megközelítésen alapul, ami szerint a család rendelkezik azokkal az erőforrásokkal, amelyeket a terapeuta segítségével mobilizálva és felszínre hozva, meghaladhatók az elakadások. A családterápia feltérképezi és szükség esetén optimalizálja a családi rendszeren belüli alrendszerek működését, a közöttük meglévő határok átjárhatóságát, valamint a családi rendszeren belüli irányítás és hierarchia jellegzetességeit. A családtagok rugalmassága, alkalmazkodókészsége, kommunikációs stílusa, konfliktusmegoldókészsége, intimitása szükség esetén változtatást igénylő területek a problémák megszüntetése végett. A családterápia a család fejlődési folyamatát is előtérbe helyezi a családi életciklus szemlélet mentén. A családterápia alapvető célkitűzése a családi rendszeren belüli változás elindítása a családtagokkal előre tisztázott keretek között vezetett családterápiás ülések folyamatában. A családterápia akár csak a párterápia a rendszerszemléletű terápiák közé sorolható melyet általában párokkal vagy családokkal végeznek, de a rendszerszemléletű terápia indokolt esetben egyéni terápiaként, csoportterápiaként vagy többcsaládos csoportterápiaként is kínálható.

Csoportanalízis

A csoportanalízis a második világháború idején alakult ki a Brit hadseregben nagy számban jelentkező mentális problémákkal és szomatikus tünetekkel küzdő betegek ellátása céljából, amelyre egyéni kezelés keretében nem volt lehetőség. A módszer legkiemelkedőbb alakjai Wilfred Bion, Heinrich Foulkes valamint Tom Main volt. Az 1970-es években Magyarországon Hidas György kezdeményezésére a Pszichoterápiás Munkacsoport Pszichoterápiás Hétvégeket szerveztek, amelyekben kis- és nagycsoportok kínáltak sajátélményt, az ott működő dinamika megtapasztalását.

A csoportanalízis elmélete a pszichoanalízisre, szociálpszichológiára, antropológiára és az evolúciós pszichológiára épít. Specifikus alapfogalma a csoportmátrix, amely a csoport kapcsolati-kommunikációs hálózatát jelenti. Ennek működése az egész csoportra jellemző, az egyének a hálózat szálainak csomópontjaiként foghatók fel. Az egyén kommunikációja egyszerre képviseli a kommunikáló egyént és a háttérrel alkotó mátrixot, vagyis az adott csoportot.

A csoportanalitikus pszichoterápia mint tevékenység: pszichodinamikus, pszichoanalitikus szemléletű, csoportban végzett verbális terápia, amelyben a szabad asszociáció helyett a tagok szabad kapcsolódása a hangsúlyos. A terápia a tüneti viselkedés, a társas kapcsolatok zavarának belső összefüggéseinek reflektálásához törekszik hozzásegíteni a páciens a csoport pszichodinamikai terében.

DREAM-terápia

A Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely (DREAM) 1993. február 12-én alakult 24 alapító taggal. A kezdetektől kiemelten közreműködött dr. Stark András, dr. Gáti Ágnes, dr. Kelemen Gábor és dr. Koltai Mária és az utóbbi években dr. Árkovits Amaryl az Egyesület fennmaradásában. A "pécsi iskola" a 70-es évek elejétől kezdődő szellemi műhely fundamentumán szociálpszichiátriai és dinamikus szemlélettel az újjászülető pszichoterápiás mozgalom részeként jött létre. A DREAM-terápia célja körülhatárolt: nem törekszik a személyiség teljes átstrukturálására, de felhasználja a transzferhatást, amivel a fejlődési kapacitást mozgósítva eredményez kedvező változásokat. A terápia célja a trauma feldolgozás, az élettörténet rekonstrukciója és a személyiség érettségének növelése, belső érzelmi forrásainak megnyitása. A DREAM módszere hatékonyan alkalmazható affektív és szorongásos zavarok, tárgyvesztés, fóbiás tünetek, pszichoszomatikus betegségek, emocionális krízisállapotok és életciklus-váltás esetén. A DREAM-terápia középpontjában maga a terápiás kapcsolat és az áttétel áll; specifikus eleme az álommunka és az álomértelmezés, ami révén a pszichoterápia közös nyelve létrejön. A módszer emberképe a pszichoanalízis antropológiájára és a dinamikus fejlődésmodellre (Erikson, Mahler) épül. Ötvözi a Ferenczitől kiinduló aktív technikát, a Bálint Mihály és Ornstein által kidolgozott időhatárolt módszert, illetve a fokális terápia módszertanát Alexander és French továbbá Mann, Davanloo, Sifneos és Malan munkásságát. A módszertan interaktív és interpretatív.

Gyermekpszichoterápia

A gyermek-pszichoterápia különböző típusú pszichoterápiák életkori sajátosságokhoz igazított változata. Gyakorlatát a gyermeki lét számos jellemzője meghatározza, ami a felnőtt módszer egy-az-egyben alkalmazását többnyire nem teszi lehetővé. Alapvető az életkor mint iránymutató, amit a fejlődéslélektan aktuális ismeretei határoznak meg. Így a gyermek-pszichoterápiák magukon viselik a felnőttek számára kidolgozott módszerek vonásait, az egyes módszerek fogalmi keretei közt gondolkodnak a változás hogyanjáról, alapvetően azonban a gyermek életkorának megfelelő kapcsolódási szintekhez alkalmazkodnak. Ebből következik, hogy gyermekterápiákra úgy tekintünk, mint amik a korspecifikus terápiák és a módszerspecifikus terápiák határmezsgyéjén helyezkednek el.

Közös vonásuk, hogy tudomásul veszik a gyermek korlátozott belátó képességét, függő helyzetét, fokozott érzelmi és dependencia igényét, a cselekvéses kifejezőmódok elsődlegességét, valamint a gyermeknek azon jogát, hogy fokozott kíméletet élvezzen. Közös bennük, hogy a gyermek természetes életteréhez és mozgásteréhez hasonlatos játéktérrel hoznak létre, melyben fejlődési szintjének megfelelően leginkább kifejezheti magát.

Önmagában, csak a gyermekkel nem lehet végezni terápiát. Az egyéni gyermekterápia is kiterjed a szülőkre, akikkel folyamatos konzultációk szükségesek, és számos problematika során a gyermek tágabb környezetével is fontos a kapcsolattartás (pedagógusok, egészségügyi, szociális, gyermekjóléti szakemberek). Ez abból a tényből is következik, hogy a gyermekek jelentős részét más intézmények küldik; de abból a körülményből is adódik, hogy a gyermek függő helyzetben van életének számos területén, ezek mindegyike hatással van állapotára, és ezért a sikeres beavatkozáshoz általában többféle stratégia, többféle intervenció párhuzamos alkalmazása szükséges.

A gyermekterápia történetileg a nemzetközi szinten is erősen analitikus hangsúlyú volt: ez a módszer jelent meg leghamarabb, az 1930-as években, elsősorban Anna Freud és Melanie Klein munkássága nyomán, és sokáig csak így közelítettek gyerekekhez a magyar gyermekterápiás szcénában is. A viselkedésterápia által alkalmazott módszereket a hetvenes évektől kezdték gyermekek kezelésére alkalmazni, majd e mellett számtalan új – a kutatások által bizonyítottan hatékony – terápiás módszer jött létre.

A gyermekpszichoterápiák gyakorlatában a gyermek életkorához illeszkedően fontosak és elsődlegesek a cselekvésre és fantáziára építő technikák: a játék, mese, rajz, mozgásos elemek. Szükséges az ennek megfelelően berendezett terápiás tér. Az adott módszer technikai elemei ennek keretében érvényesülnek.

Kiemelt szerepe van a csoportmódszereknek, különösen 8-10 éves kortól felfelé, amikor a csoport fontos referenciaforrássá válik a gyermek számára. A csoportok a késői serdülőkorig nem verbális hangsúlyúak, a cselekvéses formák a meghatározóak.

Vannak körülhatárolt módszerben működő csoportok, de egyes módszereket is alkalmaznak (a terapeuták képzettségétől is függően): pszichodráma, mozgás, kreatív tevékenység, relaxáció, imagináció – és ezeket az elemeket összekötik annyi verbális feldolgozással, amennyit a gyerekek életkora és kifejezőkészsége lehetővé tesz.

Az egyes módszerek a saját elméleti fogalmaikkal írják le és konceptualizálják a problematikához illeszkedő célt, a terápiás változás hatótényezőit, és az ahhoz vezető eszközöket.

Cél a gyermek diszharmonikus lelki fejlődésének helyreállítása. A diszharmonikus fejlődés jelei lehetnek funkciózavarok, viselkedési zavarok, a gyerek életkorának nem megfelelő indulatszabályozási nehézségek, például túlzott szorongás vagy kontrollálatlan indulatkitörés. A zavarok oka kiterjedt lehet, akár a gyermek eltérő fejlődésmenete (pl. autizmus), akár lelki teherbíró képességének szülői (gondozói) figyelembe nem vétele, traumák, veszteségek, abúzusok.

Akadnak módszerek, melyeknek nincs gyerekre adaptált változata, mert nem alkalmazható gyerekekkel, (pl. hipnózis, verbális csoportterápiák), vagy a gyerek és felnőtt egyidejűleg alanya (például családterápia). A gyerekekkel egyénileg/csoportosan is dolgozó módszerek eltérnek abban, hogy szükségesnek vélik-e a felnőttekre kidolgozott metodika teljes elsajátítását mielőtt a gyerekekre adaptált módszert elsajátíthatná a klinikus

Képzettség megnevezése: (az adott módszerben) gyermek-pszichoterapeuta. Pl. analitikusan orientált gyermek-pszichoterapeuta; komplex integratív gyermekterapeuta; gyermek és serdülő pszichodráma pszichoterapeuta.

Alapképzettség szerint lehet a pszichoterapeuta szakképzéshez szükséges bemenet szerinti szakmák képviselője (pszichológus, klinikai szakpszichológus, pszichiáter, orvos)

Kompetenciája körébe tartozik pszichoterápia végzése 18 év alatti személyekkel (verbalitás mint alsó határ), illetve a módszer által meghatározott (18 év alatti) életkori sávban, ill. a módszer által meghatározott indikációs területeken.

Hipno-pszichoterápia

A hipnoterápia módosult tudatállapotban alkalmazott szuggesztív technikák terápiás folyamatban történő tudatos, reflektált használata (1) szomatikus vagy viselkedési tünet csökkenése, módosulása vagy elmúlása, szenvedésnyomás megelőzése, (2) a személyiség diszharmonikus működésének rendeződése, avagy (3) kapcsolati vagy életvezetési problematika orvoslása érdekében. Terápiás alapformáit tekintve jellemzően egyéni terápia (diádikus kapcsolat), de ismert családi, csoportos és autohipnózis használata is. A hipnoterápiás ülés időtartama általában 45-50 perc, csoporthelyzetben 90-120 perc, heti 1-2 alkalommal. Az átlagos ülésszám 10-30 ülés, a terápia hossza speciális helyzetben (pl.: szomatikus beavatkozás) 2-5 ülés, a személyiség strukturális változását érintő terápia (pl.: hipnoanalízis) maximum 150 óra. A hipnoterápia jól alkalmazható viselkedésterápiában, szupportív és feltáró pszichoterápiában, szimbólumterápiában, szomatikus alapú terápiák során (pl.: fájdalomcsillapítás), farmakoterápia kiegészítéseként, onkológiai területen, továbbá tematikus és önismereti csoportok vezetésében.

A hipnoterápia elméleti háttérének alakulása a XVIII. és XIX. századi jelentős elméletalkotók (F. A. Mesmer (animális magnetizmus), A. M. J. C. Puységur (mesterséges szomnambulizmus), J. Braid („hipnózis”, beszűkült figyelem, idegi gátlás), J.-M. Charcot (hisztériás állapot), A.-A. Liébeault és H. Bernheim (szuggesztíók)) munkásságával kezdődött. A múlt században megjelenő agyfiziológiai változáson alapuló elméletek (pl.: R. Heidenhain) mellett felerősödött az analitikus megközelítés (S. Freud, Ferenczi S.), mely a hipnotikus kapcsolat működésére keresett magyarázatot. Bár továbbra is dominánsan jelen voltak a hipnózist, mint hipnotikus tudatállapotot magyarázó elméletek (I. P. Pavlov (alváshoz vezető kondicionált folyamatot), F.A. Pattie (ideomotoros aktivitási és gátlási teória)), egyre inkább markánsná váltak a kapcsolatot fókuszba helyező szociálpszichológiai szempontú megközelítések (szerepjátás elmélet (R. White, M.T. Orne, T.X. Barber)). A tudat és a magatartás szétválását hangsúlyozó disszociációs hipotézist (P. Janet, C. Hull) követte a hierarchikusan építkező, kognitív rendező struktúrák jelentőségét hangsúlyozó neodisszociációs elmélet (E. Hilgard), majd a tudatállapot és a kapcsolat jelentőségét egyaránt hangsúlyozó szociálpszicho-biológiai modell (Bányai É.) teremtett hidat a hipnoterápiás kapcsolat működését magyarázó elméleti keretek között. Az elmúlt évtizedekben a gyógyítás lehetséges hatásmechanizmusai közül kiemelkedett a kliens és a gyógyító közötti kapcsolat. Az utilizáció (M. Erickson), az önhipnózis és a hipnoanalízis (E. Fromm), ego-state terápia (J.G. Watkins) és a hipnózis orvosi felhasználása (C. Bejenke, D.M. Ewin) a hipnózis elméleti háttérét adó magyarázati keret jelentős elemeivé váltak. A „tudattalan nyelvén” működő ericksoni pszichoterápia (T. Robles, C. Fabre), mint megoldásorientált rövid terápia, megmutatta a kliens aktív bevonódására építő módszer rendkívüli hatékonyságát. Mindezt akár hetero- akár önhipnózisban is alkalmazhatjuk.

A hipnózis magyarországi meghonosítását Völgyesi Ferencnek köszönhetjük, Mészáros István a hipnotikus állapot élettani háttérét vizsgálta, pszichofiziológiai változások detektálásával igazolta a módosult tudatállapot jelenlétét. Bányai Éva nevéhez kötődik a nemzetközi szinten elismert és alkalmazott aktív-éber hipnózis módszer feltalálása, klinikumban történő alkalmazásának módszertana, továbbá a hipnotikus kapcsolat interakciós szemléletben vezetett evidencia alapú kutatása. Varga Katalin a szuggesztív kommunikáció elsődlegesen egészségügyben történő tudatos alkalmazásával teremtett iskolát a gyógyítás, így a hipnoterápia hazai és nemzetközi világában.

Individuálpszichológiai pszichoterápia

Alfred Adler (1870 – 1937) bécsi orvos kiválva a freudi analitikus körből 1911-ben alapította meg mélylélektani „iskoláját” melyet individuálpszichológiának nevezett el, s mely ma megtalálható a világ pszichoterápiás palettáján, mint a klasszikus adleri analitikus terápia. Az amerikai kontinensről indult, s terjedt el a rövid individuálpszichológiai direktív terápia, mely Adler tanítványa - Rudolf Dreikurs – nevéhez fűződik. Az *individuálpszichológiai terápia* analitikus, dinamikus folyamat, mely lényege az *életstílus-diagnosztika* és az *életstílus terápiai korrekciója*: az életstílus megismerésével a *mély én*-t tárjuk fel.

Az individuálpszichológia átfogó személyiségelmélete a 20. század első felében pszichodinamikai, klinikai megfigyelésekre épülve alakult ki, és arra a kísérletre vállalkozott, hogy a személyiség teljes pszichikai és fizikai kifejeződési formáit egy integrált modellben magyarázza meg. Olyan mélylélektani elméletről van szó, mely a túlnyomó részben tudattalan karakter- és magatartás-tendenciák fejlődését a gyermek- és fiatalkori interperszonális élményekben, azok személyiségen belüli leképeződésében, értékelésében látja. A koncepció holisztikus emberképe a test-lélek egységét, az ember teljes és oszthatatlan mivoltát hangsúlyozza. Ez a szemlélet jelenik meg az irányzat elnevezésében is, a latin *individuo* (oszthatatlan) kifejezés eredeti értelmében.

Az adleri filozófia magja egy erősen optimista, humanista életfelfogás. Értékorientált pszichológiáról van szó, mely az emberi együttműködést, a közösség fejlesztését, s ezzel harmóniában az önfejlesztést, az önmegvalósítást jelöli meg célként. Az elmélet hangsúlyos alapelve, hogy az emberi viselkedés *célorientált*, és az egyént megérteni a céljai megismerése által lehet. A célirányos beállítódás az egész személyiség egyesített elve, melyet a kisebbségérzés-érzés kompenzációjára való törekvés motivál.

Az *életstílus* értékelést tartalmaz önmagunkról, embertársainkról, a világról és ezekhez való viszonyunkról. Kifejeződik benne a kisebbségérzésnek, a fiktív célok utáni törekvéssel való kompenzációja, a közösségben való érvényesülési törekvés. Ez a fogalom egyben hierarchikusan fölérendelt kognitív struktúrát is jelöl, ami többek között szelektív információ felvételben, specifikus információfeldolgozásban és karakterisztikus cselekvésszervezésben fejezhető ki, ami *nagyobb részt tudattalan és beágyazódik az életstílus dinamikájába*.

Integratív pszichoterápia

Az integratív pszichoterápia módosult tudatállapotban használt pszichoterápiás módszerek integrációját képviseli, melynek során a pszichodinamikus személyiségelméleten alapuló katótim imaginatív pszichoterápia, a személyiség multiplicitását tételező ego-state terápia és a hatékony emberi kommunikációs mintázatokat és pszichoterápiás eljárásokat operacionalizáló NLP szemlélete, módszertana és technikái kerülnek alkalmazásra a hipnóbehaviorális eljárások mellett. Az integratív megközelítés ötvözi a terápiai változásért felelős közös elveket és tényezőket (a terápiát vezérlő koherens konceptualizáció; pozitív terápiai kapcsolat kialakítása és fenntartása; világos keretek, transzparens célok és feladatok; az önreflexió fejlesztése; a módosult tudatállapot felhasználása a terápiai folyamat facilitálására és mélyítésére) és a fent felsorolt terápiai módszerek sajátos eljárásait, hogy illeszkedjen az adott beteg pszichopatológiájához, az elérendő terápiai célokhoz és a terápiai folyamat adott szakaszához.

A *katatím imaginatív pszichoterápiát* (KIP) mint pszichodinamikus megalapozottságú imaginatív módszert Hanscarl Leuner 1955-ben vezette be a pszichoterápiák sorába tudományosan megalapozott eljárásként. A „katatím” kifejezés a tudattalanból származó szimbólumok affektus telítettségére, emocionális megélésére vonatkozik. Az „imaginatív” szó az elsődleges folyamatok szintjére történő regresszióra, a terápiai céllal indukált élményvilág képi jellegére utal. A terápiai folyamat során módosult tudatállapotban szimbolikus képek imaginációja és azok képi szinten zajló, valamint éber állapotban történő feldolgozása történik szisztematikus módon. A képi világ explorációját a terapeuta és a páciens között zajló dialógus segíti. Az imagináció segítségével a tudattalan megszólaltatható és átdolgozható. Kiábrázolódnak a tudattalan tartalmak, vágyak, szorongások, késztetések, a szelfélmény és a tárgykapcsolatok, de a munka szimbolikus jellege védi is a páciens túlterhelődéstől. A módszer neurotikus és borderline személyiség szerveződés esetén egyaránt használható. Lehetőséget nyújt többek között konfliktusfeldolgozásra, pótlólagos énéjlődésre, archaikus szükségletkielégítésre, készségek, erőforrások megtalálására, kreatív problémamegoldásra.

Az *ego-state elméletet* és terápiát John és Helen Watkins fejlesztette ki az 1970-es évektől. Munkásságuk három alappillére a pszichoanalízis (Paul Federn), a hipnózis és Pierre Janet strukturális disszociáció koncepciója. A Federn-féle modell értelmében a személyiség nem homogén entitás, hanem én-állapotokból, részekből épül fel. Ez a személyiség- és pszichopatológia modell Watkinsék hipnoanalitikus tapasztalatainak köszönhetően vezetett az ego-state terápia, azaz egy specifikusan a személyiségrészekre irányuló pszichoterápiás iskola megerősítéséhez.

A személyiségkép értelmében az életünk során átélt normatív és traumatikus tapasztalataink sajátos clusterekbe, a kogníció, a viselkedésmódok, valamint a testi és érzelmi állapotok mintázott rendszerébe szerveződnek. A mentális és viselkedészavarok a részek nagyfokú szeparáltságából és a részek közötti konfliktusokból erednek. A legpatológiasabb esetek disszociatív megosztottságot képviselnek. Az ego-state terápia során a tudatosság számára ismeretlen énállapotokkal is kapcsolatba léphetünk a hipnózis segítségével, s a bennük tárolódott (traumatikus) emlékeket, védekezéseket és hiedelmeket megismerhetjük, átdolgozhatjuk és módosíthatjuk. A személyiség jobb integrációját és adaptívabb funkcionálását a konfliktusban álló vagy egymástól szeparált énállapotok között a tartalmaik megosztásának elősegítésével és az empátia és a kooperáció kialakításával mozdíthatjuk elő. A módszer a differenciáció-disszociáció kontinuumon elhelyezkedő valamennyi állapot és kórkép esetében használható, tünetredukcióra is alkalmas, de kitüntetett alkalmazási területe a trauma-eredetű és disszociatív zavarok kezelése. Az NLP-t az 1970-es években hozta létre J. Grinder, R. Bandler, G. Bateson és R. Dilts, neves terapeuták - M.H. Erickson, Fritz Perls Virginia Satir - terápiás hatékonyságának a titkát tanulmányozva. A modell értelmében az érzékszervi élményeket az idegrendszer (neuro-) érzékeli és dolgozza fel, a nyelvi (lingvisztikus) rendszer reprezentálja és látja el jelentéssel, és a gondolkodásunkat, viselkedésünket ezek a korábban kialakított és mélyen gyökerező neurolingvisztikus sémák (programok) határozzák meg. A megoldás- és jövőorientált NLP újraprogramozásra törekszik, s ehhez a fent említett pszichoterapeuták terápiás munkájának operacionalizálásával terápiás eljárásokat, műveletsorokat alkottak az egyes problémákra. Az NLP integratív szemléletű módszer, mely a nem verbális és nyelvi struktúrák elemzése és modellezése eredményeképpen szempontokat és eszközöket kínál többek között a terápiás kapcsolat kialakítására és fenntartására, a transzállapot létrehozására és a kívánt viselkedésváltozás elérésére. Segít, hogy jól értsük a beteget, jól illeszkedjünk hozzá és hatékony kommunikáció segítségével elérjük a viselkedésváltozást.

Hipnóbehaviorális módszerek: A tanuláslélektani törvényszerűségeken alapuló viselkedésterápiás módszerek és technikák alkalmazása módosult tudatállapotban. A viselkedésterápiás elmélet és a módszertan a klasszikus behaviorizmusból (Watson) és a neobehaviorizmusból származik (Skinner, Tolman, Thorndike). J. Wolpe (1973) hipnózist használt az először általa leírt szisztematikus deszenzitizáció során. Hipnózisban a páciens képzeleti munkájának tudatos és tervezett irányításával a standard viselkedésterápiás módszerek jó része hatékonyan és biztonságosan használható a kívánt viselkedésváltozás elérése érdekében (Cautela). A hipnózist jellemző magas képzeleti bevonódás, az élénk fantázia, az érzelmek mobilizálhatósága, a gondolkodás rugalmassága hozzájárul az eljárások sikerességéhez.

Jungi analízis

A C. G. Jung munkásságából továbbfejlődő analitikus pszichológia a pszichoanalízis mellett a legszélesebb nemzetközi szakmai hálózattal rendelkező, különböző irányzatokat összefogó mélypszichológiai pszichoterápiás iskola. Noha Jung heurisztikus konstruktumai közül számos relevánsnak mutatkozik a kortárs affektív idegtudomány vagy az evolúciós pszichológia eredményei tükrében (pl. tipológia, archetípus, szimbolikus-metaforikus élménydimenzió hangsúlyozása, a jelen élethelyzetet középpontba helyező, érzelmközpontú munka, az álom- és szimbólum-felfogás), a terápiás gyakorlat és elmélet az idők során számos vonatkozásban módosult. Hagyományosan nyitottan az interdiszciplináris kapcsolatokra, a kortárs irányzat fővonala (fejlődéstani irányzat) terápiás gyakorlatában hasznosította a korai anya-gyerek kapcsolatot vizsgáló fejlődéstani, kötődéseméleti kutatások eredményeit és jellemzően interszubjektív-kapcsolati irányt vett. Úgy gondolja, hogy a terápiás kapcsolatban zajló folyamatok *dialogikus* megértése jelentősen hozzájárul a személyiség ééréséhez. Figyelembe véve a terápiás kapcsolat egyéb hatótényezőit is, arra, mint az önmegértés, önfelfedezés és mások megértésének experimentális, kapcsolati közegére is tekint. Ez a fordulat különben nem volt előzmény nélküli, hiszen Jung elsőként (1929) figyelt fel arra, hogy az ún. viszonttáttéti érzések hozzájárulhatnak a páciens jobb megértéséhez, továbbá a terápiás kapcsolatot egy dialogikus, közös munka alapjának tekintette (1935, 1946).

Általában véve a terápia célja a tüneti változás mellett a személy önélményét, interperszonális kapcsolatait és magatartását meghatározó strukturális változások elérése. Mindmáig jellemző a technikai és a setting-et illető rugalmasság (a terápia hossza, gyakorisága, ülő vagy fekvő forma, alkalmazott technika), mely értelemszerűen a mindenkori pácienssel közösen kialakított célokhoz és személyiségbeli adottságaihoz igazítva feltáró/szupportív hangsúllyal folyhat. A terápiás folyamatot tekintve előtérben áll a probléma jelen élethelyzetben történő megértése, ehhez kapcsolódóan, annak élettörténeti keretbe helyezése egy korábnál koherensebb, a páciens számára jelentésbeli narratíva kialakítása révén. Mindamellet a személyes élettörténeten túl számol a transzgenerációs, illetve kulturális-történeti beágyazottság tudattalan/nem-reflektált hatásával a

személyiségfélődrésre nézve (ld. kollektív tudattalan koncepciója). A páciens és terapeuta dialogikus jelentéskeresési folyamata során várhatóan fejlődik a személy mentalizációs képessége, önreflektivitása, a szelf-koherencia és az ágencia megtapasztalásának képessége.

A terápiás folyamat lényegi része a személy autonóm kibontakozását (individuáció), funkcionálását gátló implicit avagy disszociált/elfojtott ún. tudattalan tartalmak azonosítása, jelentéssel felruházása, s integrálása. A benső folyamatok megragadását, megértését segíti a széles módszer-repertoár. Alkalmaz nem-verbális eljárásokat is, mint például az aktív imagináció, a homokjáték, a mozgásos és művészetterápiás modalitások, emellett megemlítendő az álmokkal folytatott munka, és a személyes asszociációk kulturális párhuzamaira is nyitott jelentéskeresési gyakorlat (műszóval amplifikáció). A kvázi rekonstrukciós kísérlethez képest azonban nagyobb hangsúly kerül a személyiségfejlődés lehetőségeinek a feltárására, mozgósítására. Ezt a folyamatot facilitálják az expresszív technikák és az értelmezés-jelentésadás stílusa és iránya, mely jellemzően irodalmi-metaforikus, analogikus, polivalens, azaz az élmény számos értelmezési irányára és szintjére nyitott.

A módszer a pszichés zavarok széles spektrumának kezelésére alkalmas, az imaginatív és expresszív eljárások alkalmazásából adódóan kiemelten javasolható disszociatív mechanikusokkal jellemezhető állapotok, személyiségzavarok esetében.

Komplex integratív pszichoterápia

A komplex integratív szemlélet nem csak a módszerek kombinációját jelenti, hanem a pszichoterápiás szemlélet és alkalmazás komplex megközelítését is, ahol a páciens személyiségét, problémáját, tüneteit, strukturális deficitjét multikauzális szinten közelíti meg a terapeuta elméleti és terápiás aspektusok mentén, és rugalmasan illeszti az alkalmazott terápiás módszereket a páciens igényeihez. A komplex integratív szemléletben a pszichodinamikusan orientált elméleti bázis, és a rendszerszemléletű elméleti bázis mellett, a transzállapotok elméleti és gyakorlati ismerete, valamint terápiás konzekvenciáinak ismerete egyaránt nélkülözhetetlen. A módosult tudatállapotok alkalmazása lehetővé teszi a tudattalan tartalmak feltérképezését, feltárását, és annak átdolgozását az adott terápiás intervenciók segítségével.

A *Katathym Imaginatív Pszichoterápia* módszerét Hans Carl Leuner fejlesztette ki 1948 és 1954 között. H. C. Leuner KIP-et már kezdetektől fogva úgy határozta meg, mint alapvetően dinamikus, analitikusan orientált pszichoterápiás folyamatot. A KIP-képek alkalmazásánál kontrollált regresszió mentén a tudattalan élménytartalom képi, imaginatív formában jelenik meg. Az imaginatív képek affektus-telítettek, és szimbolikusan ábrázolhatják a tudattalan konfliktusokat, a személyiség deficitjeit, kötődési patológiáját, korai traumák szimbolikus megnyilvánulásait. A terápiás céllal indukált imaginatív képélmény és az imaginált tartalmakon végzett terápiás munka tudattalanhoz közeli terápiás munkát tesz lehetővé. A terápiás folyamat lényegi része a terápiás céllal indukált képélményben zajlik, amelyet a terapeuta kísér és szisztematikusan alakít.

Az *ericksoni hipnózis* és rövidterápia (EHR), vagy röviden ericksoni terápia fogalmilag különálló terápiás megközelítés, sajátos alapvető kompetenciákkal, amelyek a gyakorlatban taníthatók és mérhetők. Szisztematikus terápiás módszer, melyet Milton H. Erickson M.D. munkássága ihletett, és amely az idők során őt követő terapeuták gyakorlatából alakult ki. A módszer a direktív, strukturális terápiák közé tartozik, ezért a terapeuta aktív, kezdeményező és tervező, az egyént közvetlenül igyekszik befolyásolni.

Az *NLP, neurolingvisztikus programozás* elméleti alapjait, módszertanát 1970-ben Kaliforniai Egyetemen R. Bandler matematikus és számítógép-programozó, J. Grinder nyelvészprofesszor, G. Baetson antropológus, kibernetikus, kommunikációs kutató dolgozta ki. A módszer azokat az összefüggéseket foglalja rendszerbe, amelyek az emberi kommunikáció fiziológiai folyamatai, nyelvi strukturái, szubjektív gondolkodásmódjai, tapasztalásmintái és a szocializációtól függő tanulás között állnak fenn. Az NLP tehát integrált: kognitív, rendszer-szemléletű és egyben imaginatív pszichoterápiás módszer, jellemzően célorientált pszichoterápiás eljárás. Az NLP a modern pszichológia és kommunikációkutatás gyakorlatorientált alkalmazása.

Regressziós és disszociációs technikák (pl. *Ego-state*, *Shapiro- és Watkins-féle részterápia*, *Schwartz-féle alkalmazása*) elsősorban a trauma feldolgozásban javasolt, a terápia stabilizációs szakasza után. A cél a páciens fejlődési traumáinak átdolgozása, ami lehetővé teszi a személyiség utólagos érését és egy új narratíva kialakítását, illetve egy adaptívabb és egészségesebb szelf kialakulását.

Mozgás és táncterápia

Európában, USA-ban az 1950-es években alakultak ki a táncterápiás iskolák. Magyarországon a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia (PMT) módszer eredetileg a pszichózisok, a súlyos személyiség-, szomatizációs zavarok verbális kezelési nehézségeiből adódó terápiás útkeresésből fejlődött a nyolcvanas évektől kezdve. A módszer specifikuma, hogy sokat merített a testtudati rendszerek és az improvizációra épülő mozgásrendszerek tapasztalataiból, és konceptualizálta ezeket. Pszichoanalitikus szemléletű feltáró és korrekatív csoportpszichoterápiás eljárás, mely pszichoterápiás folyamatba vonja be a testet, saját kidolgozott testi-mozgásos munkamóddal. Az elemi testi tapasztalat valóságából születő önreflexióból építkezik. A módszer folyamatorientált, részletesen kidolgozott testtudati-, kapcsolati-, és verbális munkamódokkal rendelkezik, amiket átsző az alkotás dimenziója. A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia (PMT) elméletében, szemléletében központi helyet foglalnak el a kortárs pszichoanalitikus indíttatású csecsemőmegfigyelésekre, klinikai kutatásokra és az idegtudomány eredményeire alapozó szelffejlődés-elméletek. A PMT kidolgozott elmélete és testpraxisa tehát a testhez való viszonyt a szelfszabályozás, a szelfélmény részének tekinti, így a testélményhez hozzáférve, a szelfélmény testi aspektusával tud dolgozni, és a testi folyamatot integrálva teszi lehetővé a személyiség át- és újrastrukturálódását, a korai sérülések gyógyulását.

Pszichoanalízis és (pszicho)analitikusan orientált pszichoterápiák

A pszichoanalitikus terápiák kontinuumot képeznek, amelynek egyik végpontján a standard pszichoanalízis, a másikon pedig a pszichoanalitikus megértésen alapuló tanácsadás, konzultáció foglal helyet. A két végponton elhelyezkedő módszerek erősen eltérhetnek egymástól technikájukat tekintve, de összeköti őket a közös elméleti alap, nevezetesen, hogy valamennyien az emberi magatartás tudattalan motiváló tényezőinek feltárására és megértésére építenek. Céljuk az adott személy magatartásának, viselkedésének ezen keresztül történő megváltoztatása a terápiás helyzetben folyó közös munka révén.

A pszichoanalízis elmélete és gyakorlata a Freud által megalkotott alapokra építkezve az elmúlt évszázadban sokat változott. A klasszikus elképzelésekben elsődleges szerepe van a tudattalan anyag verbális értelmezésének és a múlt feltárásának, míg az újabb irányzatok a terápiás kapcsolat nonverbális elemeire, az érzelmi kommunikációra nagyobb figyelmet fordítanak, és inkább a jelenben – a terápia valós idejében – megélt élmények elemzésével foglalkoznak. A tudattalan motiváló tényezők feltárása az elmélet szerint azért gyógyító, mert a páciens megtanulja jobban tolerálni saját érzelmeit és elméjének egyéb, korábban elfogadhatatlan tartalmait. Ezáltal jobb érzelmszabályozási képességet és adaptívabb viselkedési lehetőséget nyer: érzelmei nem annyira sodorják el a számára konfliktust jelentő helyzetekben. A pszichoanalízis mindegyik irányzatára jellemző, hogy elsődleges fontosságot tulajdonít a terápiás kapcsolat megfigyelésének, vizsgálatának. A páciens személyiségének maladaptív, konfliktusos vonatkozásai ugyanis a terápiás kapcsolatban is megjelennek: abban, ahogyan a páciens viselkedik, ahogy a terapeutához viszonyul (ezt nevezi a pszichoanalízis *áttételnek*). Ezek megértése, tudatosítása a terápia speciális, elfogadó légkörében kiemelt lehetőséget nyújt a pszichés változásra. A pszichoanalízis és az analitikusan orientált pszichoterápia egyaránt hosszú terápiák, amelyben a fent ismertetett folyamatok fokozatosan valósulnak meg. A terápiás kapcsolatban a páciens kötődésének biztonsága mélyül, ezáltal elméjének korábban elhárított tartalmai egyre inkább hozzáférhetővé válnak, újabb és újabb szinteken vizsgálhatóak. Ezek feldolgozásával a személyiség képes korábbi sérülései korrekációjára és új irányokba történő nyitásra, fejlődésre, amelyet a terápia kísér és támogat; ezáltal az elért eredmények fokozatosan konszolidálódnak és beépülnek a személyiségbe. Mind a pszichoanalízis, mind az analitikusan orientált pszichoterápia feltáró, verbális módszer, ezért igényli, hogy a páciens verbális készsége legalább átlagos szintű legyen. A pszichoanalízis során a kontrollált regresszió valamilyen szintje kívánatos, ezért pszichoanalízisre nem alkalmasak azok a betegek, akiket a regresszió destabilizál. Mindkét terápiás forma alkalmas a legtöbb lélektani eredetű probléma feltárására, de fontos a beteg motivációja a kezelésre: hajlandóság az önreflektivitásra, igény a változásra, elköteleződés hosszú távú, nem azonnali eredményeket hozó munkára. A beteg ilyen jellegű motivációját azonban jó terápiás szövetség és kapcsolat kialakításával a legtöbb esetben létre lehet hozni, illetve el lehet mélyíteni. Az így létrejövő hosszú távú folyamat pedig tartósabb eredményre vezet a legtöbb pszichés zavar esetében, mint a rövidebb beavatkozások.

Pszichodráma

“Kezdetben volt a létezés, de a létezés nincs létező lény, vagy létező dolog nélkül. Kezdetben volt a szó, a gondolat, de a tett még előbb volt. Kezdetben volt a tett, de a tett nincs cselekvő nélkül, nincs olyan tárgy nélkül, amelyre a tett irányul és olyan “te” nélkül, akivel a cselekvő találkozik. Kezdetben volt a találkozás.” (J. L. Moreno)

A pszichodráma a hatásmechanizmusát a belső lelki tartalmak, élmények és konfliktusok megjelenítése, tehát az intrapszichés extraponálása által fejt ki, amely során akcióelvet és cselekvésfókuszot követ. Felhasználási területe rendkívül széles: eredetileg tüneti- és feltárási jellegű csoportpszichoterápiás módszer, amelyet nemzetközi szinten és Magyarországon is alkalmaznak mind intézményi (kórházi), mind ambuláns keretben személyiségzavarokban, hangulat- és szorongásos zavarokban, illetve számos más patológia terén is. A módszer úgyszintén alkalmazható az önismeret fejlesztésében, szervezetfejlesztésben, közösségformálásban, konfliktuskezelésben, személyes hatékonyság fejlesztése során, de jó kiegészítő módszer oktatásban és képzésben is.

Jacob Levi Moreno a módszer kidolgozása során az aktív, cselekvő, spontán önkifejezés – a dráma keretei közötti – felszabadítására törekedett, miközben elsősorban nem az egyént, hanem az egyén szociális megjelenéseit, szerepeit és az egyénekből összetevődött csoportot helyezte a figyelem és a pszichoterápia középpontjába. Moreno elméleti rendszere három nagy ismeretanyagból áll; (1) a szociometria, (2) a csoportpszichoterápia és a szociodráma, illetve (3) a pszichodráma területeiből, mely utóbbi alapgondolata, hogy az emberi spontaneitás és kreativitás a cselekvésbe ágyazódva érvényesül, s a cselekvésbe ágyazott helyzetet képes az egyén tudatosítani, alakítani. A pszichodráma módszere kognitív és emocionális szinten tudatosít, testi-fizikai szintű átéléssel, és teszi ezek által lehetővé a verbális és preverbális szintekkel való egyidejű terápiás munkát.

Jacob Levy Moreno kezdeményezésére 1951-ben kezdett el szerveződni, és végül 1973-ban jött létre az International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP), amely mára a világ minden kontinensén jelen van, és a mai napig 21 nemzetközi konferenciát tudhat magáénak. A pszichodrámat Mérei Ferenc honosította meg Magyarországon, aki a *csoportcentrikus pszichodráma* megalkotója. A pszichodráma módszerének pszichoterápiás felhasználási területei: felnőtt pszichodráma pszichoterápia, gyermek- és serdülő pszichodráma pszichoterápia, valamint az egyéni pszichoterápiában használható monodráma pszichoterápia.

A monodráma módszerével egyéni szettingben is nemzetközi tapasztalatokra alapozva, az Egyesület által szabályozott formában lehet a pszichodrámat használni. A monodráma kiképzés is kidolgozásra került az Magyar Pszichodráma Egyesület Képzési rendjében.

Személyközpontú pszichoterápia

Rogers-i elvekre épülő pszichoterápia; mely során a problémája megoldását aktívan kereső személy — feltétel nélküli pozitív elfogadást, empátiát és kongruenciát tapasztalva — viselkedésében, énképében, személyiség-szerveződésében tartós, pozitív változás jön létre. Rogers alapfeltevése, hogy az ember racionális, szocializált lény, akit a “növekedési potenciál” hajt előre. A személyiség nyílt, dinamikus, önszabályozó rendszer. A patológiás fejlődés lényege a tapasztalás és a szelf tartós inkongruenciájának kialakulása. A személy ez esetben jelentős ingereket ignorál, tévesen “címkezt”. Az önkép, mint speciális észlelet, szintén torzul. A spontán fejlődés megreked. A terápia feladata a szelf kongruenciájának helyreállítása. A folyamatban a “kliens” növekedésébe vetett bizalom alapvető jelentőségű, ennek nyomán lehet a terápia nondirektív jellegű. A terápiás folyamatban a terapeuta-kliens kapcsolatának minősége a döntő. A terapeuta a feltétel nélküli elfogadás, empátia és hitelesség megvalósítása által olyan optimális gyógyító klímát teremt, amelyben a személy szelfje nem érzi magát veszélyeztetve, így a kliens számára észlelhetővé válnak a szelftel ellentétes tapasztalatok is. A Rogers által a terapeuta számára előírt attitűdök a terápiás kapcsolatban a kliensben önmaga vonatkozásában is megjelennek, aki ezeket később már más emberi kapcsolataiban is képes lesz megélni. A terápia előrehaladott szakaszában a kliens felismeri elfojtott pozitív és negatív attitűdjeit, rejtett motivációit. Az empátiás kapcsolatban magától, értelmezés nélkül találja meg jelene és múltja egyes fontos összefüggéseit. A terápiában szerzett önbizalom segítségével bátrabban próbálkozik az életben, a terápián kívüli térben is. Sikereit és kudarcait visszahozza a terápiába, s foglalkozhat azok elemzésével. A jövővel, mint lehetőséggel néz szembe. Képesé válik a terápia, mint folyamat belső átélésből fakadó észlelésére is. A terápia tartós kognitív és viselkedéses változásokhoz vezet.

Viselkedésterápia és standard kognitív terápia (CBT)

A viselkedésterápia számára a hibás szocializációs folyamatok során kialakult, megfigyelhető, leírható, mennyiségileg is jellemezhető maladaptív viselkedés képezi a vizsgálat tárgyát és a beavatkozás célját. Célja a maladaptív viselkedésformák kedvező irányú befolyásolása, valamint a hiányzó, de szükséges magatartásformák kialakítása a tanulásmélet törvényszerűségei alapján kidolgozott tudományos módszerekkel.

Alkalmazott technikák: deszenzitizálás, expozíció és válasz megelőzés, ingerelárasztás, habituációs tréning, modelltanulás, viselkedésaktiváció, készségfejlesztés, szerepjáték.

A kognitív terápiákban előtérbe kerültek a szocializáció során kialakult hibás információ feldolgozások, így a kognitív torzítások, diszfunkcionális attitűdök és a maladaptív sémák.

A konceptualizáció során, a páciens problémájának kognitív keretbe foglalása történik, aminek célja a probléma jobb megértése és az összefüggések megvilágítása.

Alkalmazott technikák: naplózás, 3, 7 oszlopos módszer, szókrátészi dialógus, lefelé mutató nyíl technika, kognitív átkezezés, keresztmetszeti és hosszmetzeti konceptualizáció, imagináció, empatikus konfrontáció, kognitív átstrukturálás.

A kognitív viselkedésterápia eredetileg egyéni terápia volt, majd csoportos és párterápiás formáit is kidolgozták. Jelenleg e-terápiás formában is hatékonyan működik. Egyéni terápia során egy, párterápiás formában két terapeuta, csoportterápiában egy terapeuta és egy co-terapeuta vesz részt a terápiás munkában. A standard kognitív viselkedésterápia és ennek újabb irányzatai a valóságról alkotott kép létrejöttében szerepet játszó kognitív folyamatok és maladaptív kompenzációs stratégiák módosítását végzi. Ezekre a módszerekre jellemző, hogy a betegeknek megtanítják a módszer alapelveit, a terapeutával közösen kidolgozzák a probléma konceptualizálását és dolgoznak a kollaboratív empirizmus módszerével. A kognitív viselkedésterápiás módszer az egyik legelterjedtebb pszichoterápiás módszer hazánkban.

Nem akkreditált módszerek

Áttétel Fókuszú Pszichoterápia (TFP)

Otto F. Kernberg, az Áttétel Fókuszú Pszichoterápia (TFP) alapítója, a Menninger Klinikán dolgozta ki módosított pszichoanalitikus pszichoterápiáját (O. F. Kernberg, 1984). Kernberg megkülönbözteti terminológiájában a borderline személyiség szerveződést és a borderline személyiségzavart. Személyiség szerveződés alatt a belső reprezentációk integrált voltát, az affektusok, a felettes én- és az én-funkciók érettségének szintjét érti. A TFP minden borderline személyiség szerveződési szinten elhelyezkedő zavarnál alkalmazható, tehát a narcisztikus, paranoid, szkizoid és súlyos hisztrionikus személyiségzavaroknál is. A TFP a teljes személyiség érését, nem pedig pusztán a tünetredukciót célozza meg. A személyiség fejlődéséről alkotott tárgykapcsolat-elméleti modelljében Kernberg abból indul ki, hogy a személyiség a korai kapcsolatokban alakul (pl. O. F. Kernberg, 1994). Ennek során a visszatérő, érzelmileg fontos korai kapcsolati tapasztalatok a procedurális emlékezetben tárolódnak. Ezek az emléktartalmak tudattalanok, és a személyiség szempontjából alapvetően formálók. Kernberg feltételezi, hogy a vonatkoztatási személy (pl. az anya) aktív része, és a gyermek aktív része egy uralkodó affektus által összekötésbe kerül, és úgynevezett résztárgykapcsolati diádok formájában internalizálódik. Az emlékezetben külön tárolódnak a pozitív színezetű és külön a negatív színezetű diádok. A 18. hónaptól megkezdődik a résztárgykapcsolati diádok integrációja, és megfelelő körülmények esetén kialakul az integrált szelf- és tárgy-reprezentáció. Amennyiben erre nem kerül sor, a személyiség az ún. identitásdiffúzió állapotában megreked. A borderline-patológia magja Kernberg szerint az identitásdiffúzió, a többi manifesztáció pedig ennek a következménye. Az identitásdiffúzióval összefüggésben primitív elhárítómechanizmusok lépnek fel. Míg érettebb személyiségek a megterhelésekkel képesek intrapszichésen, elhárítások segítségével megküzdeni, a borderline személyiségek erre gyakran nem képesek, elhárításaik interperszonális szinten jelenik meg. A terápia fő célkitűzése a személyiségzavarra jellemző tünetek (önsértés, öngyilkossági készletések, kapcsolati zavarok stb) mögött álló borderline személyiség szerveződés gyógyítása, valamint a sikeres személyközi kapcsolatokra és kielégítő szociális és munkahelyi teljesítőképességre való képesség kialakítása. A terápia elsősorban az itt és most áttételi kapcsolatára fókuszál, a páciens élettörténetéhez kapcsolódó (genetikus) értelmezéseket csak a terápia későbbi szakaszában alkalmaz. Egy TFP-kezelés általában 2-3 évet vesz igénybe.

Dialektikus viselkedésterápia (DBT)

A kognitív terápia második hullámához tartozó dialektikus viselkedésterápia (dialectical behaviour therapy, DBT) széles alapokon nyugvó kognitív viselkedésterápia, melyet speciálisan borderline betegek számára dolgozott ki Marsha Linehan. Ez volt az első, klinikai próbákkal is igazoltan hatékony terápiás modalitás ebben a személyiségzavarban.

Az egyéni pszichoterápiát és készségfejlesztést is magában foglaló DBT a borderline személyiségzavar dialektikus és bio-pszicho-szociális megközelítésén alapul. A Dialektikus viselkedésterápia (DBT) komplex terápia, több részből, többek között egyéni pszichoterápiából és szociális készségfejlesztő tréningből áll. A DBT-t kifejezetten borderline (érzelmileg labilis) személyiségek számára dolgozták ki (bár más esetekben is eredményes) készségfejlesztő, szemléletformáló tréning. Célja az érintett személyek legsúlyosabb mindennapos problémáinak viszonylag gyors és hatékony enyhítése. Ezt szolgálja az ellentétes érzelmek és késztetések u.n. "dialektikus" egységként való kezelése valamint a hiányos vagy sérült lelki készségek 4 készségblokkban történő fejlesztése. Az egyes blokkok (1) a belső élmények ítélezésmentes tudatosítását, (2) az érzelemszabályozás javítását, (3) a feszültségtűrési és kríziskezelési képességének fejlesztését, (4) valamint a társas kommunikáció hatékonyságának növelését célozzák. Ezek az interperszonális kapcsolatok tudatosabb és hatékonyabb irányítását célozzák meg, konkrét lelki és viselkedési technikák megtanításával és begyakoroltatásával. A bio-pszicho-szociális elmélet legfontosabb állítása Linehan szerint, hogy a borderline személyiségben a központi probléma az érzelemszabályozás zavara, amelynek kialakulásában egyaránt szerepe van a biológiai predispozíciónak, a környezeti tényezőknek és ezek egymásra hatásának a személyiségfejlődésben. Az elmélet szerint a borderline klienseknek nehézséget jelent számos, vagy akár mindegyik érzelmi szabályozása. Ezt a szabályozási zavart az érzelmi sérülékenység és a maladaptív illetve elégtelen érzelmi moduláció okozza. Érzelmi sérülékenységnek nevezi a szerző az emocionális ingerekre való, nagyfokú érzékenységet, a rájuk adott igen intenzív reakciót és az emocionális izgalmi szint lassú lecsengését.

Alkalmazott technikák: tudatos jelenlét, adaptív sémák és viselkedésmintázatok kialakítása CBT eszközökkel, érzelemszabályozás és társas készségek fejlesztése tréning csoportokkal.

A DBT-ben a készségfejlesztés csoportos formában történik, lehetőleg két terapeuta vezetésével. A készségek fejlesztéséhez tartozó egyéni pszichoterápiákat kizárólag pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező szakember végezheti, akiknek fontos kapcsolatban lenni egymással. A DBT a kognitív folyamatok és maladaptív kompenzációs stratégiák módosítására tesz kísérletet. Ezekre a módszerekre jellemző, hogy a betegeknek megtanítják a módszer alapelveit, együtt kidolgozzák az esetkonceptualizációt és a páciensek a kollaboratív empirizmus módszerével dolgoznak.

EMDR

Az *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) – vagyis szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás – olyan segítő tevékenység, melyet egyszeri vagy hosszantartó, gyermek- vagy felnőttkori, régi vagy friss traumatikus élmények következtében kialakult maradandó pszichés problémák megelőzésére és kezelésére dolgoztak ki.

Az eljárást Francine Shapiro háborús veteránokon és szexuális abúzust elszenvedett személyeken próbálta ki, és írta le először (Shapiro, 1989). Az EMDR elméleti alapját a Shapiro által kidolgozott ún. *adaptív információfeldolgozási (AIP) modell* képezi. Eszerint bizonyos emocionális, kognitív vagy testi tünetek és maladaptív/patológias viselkedések gyakran feldolgozatlan traumák manifesztációi. Az erősen stresszes helyzetekkel járó magas arousal-szint ugyanis meggátolja ezek normál feldolgozását, és így integrálatlanul, állapotspecifikus módon, az eredetileg tapasztalt érzelmekhez, érzetekhez és meggyőződésekhez tapadva tárolódnak, majd például rémálmok, intruzív képek, gondolatok és diszfunkcionális viselkedések formájában élednek újra. Az EMDR segíti a maladaptívan tárolt információ újrafeldolgozását és beépülését az adaptív memóriahálózatba.

Az EMDR önálló, átfogó kezelési tervvel rendelkező pszichoterápiás módszerként (tehát nem egyszerűen technikaként), standard protokollt követve alkalmazható, mely – a kliens kivizsgálását és felkészítését követően – a múlt, a jelen és a jövő három pillérén nyugszik:

1. megkeressük és feldolgozzuk az aktuális nehézségek alapját képező múltbeli történések láncolatát, az ún. kulcsélménnyel kezdve időrendben, majd
2. a közelmúlt vagy a jelen aktuális nehézségeit, a még semlegesítendő kiváltó ingereket (triggereket), amelyek miatt a kliens eredetileg jelentkezett,
3. végül egy adaptív jövőképpel dolgozunk, melynek során az előrevetített problémákat is deszenzitizáljuk.

Az AIP-modell szerint EMDR-kezeléssel a traumatikus eseményekhez kapcsolódó fragmentált, kontextusból kiemelt információk az implicit illetve epizodikus memóriából az explicit illetve szemantikus emlékezetbe kerülnek át, új narratíva formájában.

Mentalizáció Alapú Terápia (MBT)

Mentalizáció alatt azt a képességünket értjük, melynek segítségével önmagunk és mások mentális állapotait meg tudjuk érteni. A mentalizáció, mint kifejezés első említése több mint kétszáz évre tekint vissza. Jelenleg használt fogalmának és koncepciójának gyökere ugyanakkor a francia pszichoanalízisben keresendő, ugyanis francia analitikusok tették ismertté az 1960-as években a pszichiátriai irodalomban. A koncepció fejlődéséhez, alakulásához a brit pszichoanalitikus Wilfred Bion munkássága is nagyban hozzájárult a „konténer funkció” elgondolásával. Ugyanakkor, összességében elmondhatjuk, hogy bár a mentalizáció a pszichoanalízisben gyökerezik, a kötődésméletben bontakozott ki igazán. Bretherton és munkatársai számoltak be először 1979-ben arról a tudományos megfigyelésről, hogy a szociális megértés és a kötődés között összefüggés van. Ezt követően számos további tudományos kutatás támasztotta alá, hogy a biztonságos kötődés és a mentalizálási képesség fejlődése között kapcsolat van. Az „elég jó” szülői gondoskodás mind a biztonságos kötődést, mind a mentalizálási képesség fejlődését facilitálja. A mentalizáció, mentalizálás modern kori fogalomhasználata Peter Fonagy és munkatársainak nevéhez fűződik. A mentalizáció alapú terápia (MBT) elméleti és gyakorlati meghatározása napjainkban többek között az evolúciós gondolkodás, a kötődésmélet, a fejlődésmélet, a pszichoanalízis, a neurobiológia, a csoportdinamika és a személyiségpatológia elméleti és gyakorlati szempontjait integrálja. Az elméletben a kötődési kapcsolat a legfőbb gyakorlóterepe a mentális állapotokról való gondolkodás képességének, és magának a szelffejlődésnek is az alapja. A mentalizáció alapú terápia tehát pszichodinamikus terápiák közé sorolható. A terápia manualizált, kidolgozói Peter Fonagy és Anthony Bateman, akik elsőként borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek számára alkották meg ezt a mentalizációt fókuszba emelő terápiás módszert. Általában középhosszú, hosszú terápiaként alkalmazzák, egyéni illetve csoportterápiás formában. Mára szélesebb körben, egyéb személyiségzavarokban is alkalmazzák. Külön módszertant alakítottak ki a családokkal (MBT-F), serdülőkkel (MBT-A) folytatott munkára.

Metakognitív terápia

A kognitív terápiák harmadik hullámához tartozó metakognitív módszerek főként a krónikus és rekurrens állapotok kezelésére fókuszálnak, azokra a gondolkodási folyamatokra (rumináció, aggodalmaskodás), amelyek szerepet játszanak a pszichés zavarok fennmaradásában és a visszaesésekben. A 90-es évektől kezdődően a manchesteri egyetem kutató csoportja klinikai megfigyelések (főként a generalizált szorongásra jellemző kognitív folyamatok) és memória kutatások eredményei alapján megalkotta a metakognitív módszert, a krónikus állapotok kialakulását és fennmaradását magyarázó modellt. A metakognitív terápiás módszerek azóta széles körben elterjedtek a szorongásos zavarok, hangulatzavarok, addiktív kórkepek kezelésében is.

A metakognitív szemlélet a kognitív folyamatok két szintjét feltételezi: a kognitív szint a torzított jelentésadásra fókuszál, valamint a kognitív szint fölötti meta szint a gondolkodás specifikus mintázatát foglalja magába, azokat a tudatos kognitív stratégiákat, amelyekkel az egyén reagál a felbukkanó negatív automatikus gondolataira. A gondolkodás meta szintjét, specifikus mintázatát a Kognitív Figyelmi Szindróma írja le. Magába foglalja: a tépelődést, ruminációt, amely metakognitív mintázat felelős a krónikus és a rekurrens depresszió kialakulásáért, az aggodalmaskodást, amely inkább a jövőre fókuszál és fenntartja a szorongást. A szorongáskeltő ingerek monetarizálása és a fokozott kognitív kontroll hasonlóképpen beszűkítik a figyelmi koncentrációt és konzerválják a szorongást.

A pozitív metakognitív hiedelmek az aggodalmaskodás, tépelődés, gondolatok túlzott kontrolljának előnyeit hangsúlyozzák, a negatív metakognitív hiedelmek a gondolatok kontrollálhatatlanságára, veszélyességére vonatkoznak.

A metakognitív terápia célja a perszeveráló gondolkodás megállítása, abban segíteni a páciensnek, hogy új viszonyulást tudjon kialakítani a negatív automatikus gondolataihoz, tehát egy rugalmas kognitív kontroll elérése. Ez a módszer, a kognitív terápiától eltérően nem a negatív automatikus gondolatok tartalmára, hanem a gondolkodás maladaptív folyamataira, az aggodalmaskodásra, tépelődésre fókuszál, ezért a metakognitív terápia

kevesebb terápiás ülés alatt ér el javulást. Míg a depresszió kognitív terápiájában 12-16 ülés után várható javulás, addig metakognitív terápiával a depressziós tünetek oldódása 6-8 ülés alatt érhető el.

A specifikus metakognitív beavatkozások a Kognitív Figyelmi Szindróma elemeinek módosítását célozzák meg. Az egyes pszichés zavarokra jellemző metakognitív hiedelmeket megkérdőjelezéssel lehet módosítani. A késleltetés által a páciens megtapasztalhatja, hogy a kínzó ruminálás, aggodalmaskodás kontrollálhatóvá válik. A Figyelem Tréning célja a saját gondolatok monitorozásának csökkentése és a metakognitív kontroll kialakítása. A szelektív figyelem, megosztott figyelem és fókuszváltás gyakorlásán keresztül a személy megtanulja háttérzajként kezelni az intruzív gondolatokat PTSD, kényszerbetegség, depresszió vagy szomatiform zavarok esetében.

A metakognitív terápia egyéni terápia, amelyben egy terapeuta vesz részt a terápiás munkában. A metakognitív terápia célja a perszeveráló gondolkodás megállítása, abban segíteni a páciensnek, hogy új viszonyulást tudjon kialakítani a negatív automatikus gondolataihoz, képes elérni egy rugalmas kognitív kontrollt.

A metakognitív terápiák másik csoportja Falvell, illetve Nelson és Narens metakognitív felfogása mentén Paul Lysaker (2013) által kialakított Integratív Metakognitív Modelljén alapul. A modell értelmében a metakognitív monitorozza nem csak a körülhatárolható kognitív műveleteinket, illetve kognitív hiedelmeinket, de az azok révén kialakított komplex reprezentációinkat is. A monitorozás mellett metakognitív rendszerünk korrigáló folyamatokat is ellát, így segítve alkalmazkodásunkat a külső és belső környezethez. Az Integratív Metakognitív Modellen alapuló Metakognitív Tréning család ezen monitorozó és korrigáló, kontrolláló folyamatok facilitálása révén segíti a megfelelőbb reprezentációk kialakítását és az adaptív kognitív működés elősegítését csoportos és egyéni formában, szélesebbre nyitva így a Metakognitív terápiák indikációs körét. Ennek megfelelően metakognitív módszerekkel bizonyítottan hatékony segítséget nyújthatunk olyan pszichiátriai zavarok esetén is, mint a szkizofrénia spektrumba tartozó kórképek vagy az affektív zavarok.

Sématerápia

A kognitív terápiák második hullámához tartozó sématerápiát Jeffrey E. Young dolgozta ki, és ezzel egy új, integratív pszichoterápiát teremtett. A sématerápia kognitív viselkedésterápiás, kötődési, gestalt, tárgykapcsolati, konstruktivista és pszichoanalitikus iskolák elemeit foglalja egybe egy terápiás modellbe. A hagyományos kognitív viselkedésterápiát azzal egészítette ki, hogy sokkal nagyobb hangsúlyt fektetett a pszichológiai problémák gyermek- és serdülőkori eredetének feltárására, emotív technikákra, a terapeuta-páciens kapcsolatra és a maladaptív megküzdési stílusokra.

Young elméletében a krónikus, kiterjedt lelki problémákat a korai maladaptív sémák jelenlétével magyarázza. Definíciója szerint a korai maladaptív sémák pervazív motívumok vagy mintázatok, melyek emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzésekből állnak, és az egyénre magára és másokkal való kapcsolataira vonatkoznak. Young szerint a sémák a gyermek veleszületett temperamentuma és a környezete közti kölcsönhatások következtében betöltetlen alapvető érzelmi szükségletekből alakulnak ki, egész életen át finomodnak és jelentős mértékben diszfunkcionálisak. Feltevése szerint az embereknek öt alapvető érzelmi szükségletük van: (1) Biztonságos kötődés (ide tartozik a biztonságra, stabilitásra, gondoskodásra és elfogadásra való igény), (2) Autonómia, kompetencia és az énazonosság érzése, (3) A jogos igények és érzelmek kifejezésének szabadsága, (4) Spontaneitás és játék, valamint (5) Reális keretek és önkontroll. A betöltetlen szükségletek alapján öt sémataformát írtak le, amelyek összesen 19 félé sémát foglalnak magukban. A korai maladaptív sémák jellemzői, hogy kora gyermekkorban adaptívok voltak, felnőttkorban azonban maladaptív megküzdési stratégiákat aktiválnak, többnyire három módon:

- (1) séma fenntartása révén az ún. logikai hibák és maladaptív viselkedési módok megjelenésével,
- (2) séma elkerülés által gondolati, érzelmi vagy viselkedési szinteken,
- (3) séma túlkompenzálással, vagyis amikor a személy épp az ellenkezőjét teszi annak, amit a sémája alapján tenne, elkerülve ezzel annak aktiválódását.

A súlyosabb személyiségzavarok kezelése során a sématerapeuták felismerték, hogy egyes sémák együttes előfordulása sajátos érzelmi, gondolati és viselkedési egységeket teremt meg, melyeket sémamódoknak neveztek

el. A sémamódok aktiválódása során bizonyos maladaptív sémák, negatív érzelmek, elkerülő reakciók és önsorsrontó viselkedés uralja a páciens működését.

Alkalmazott technikák: a maladaptív sémák azonosítása és módosítása kognitív és viselkedésterápiás technikákkal, élményalapú imaginatív és dramatikus (széktechnika) módszerekkel, sémamódok tudatosítása, rövid és hosszú távú változtatásuk, maladaptív viselkedésmintázatok átalakítása készségfejlesztéssel, kiemelt fókusz a terápiás kapcsolaton, szövetségben.

A sématerápia segít a páciensnek és a terapeutának megérteni és rendszerbe foglalni a maladaptív sémák okozta visszatérő negatív magatartási mintázatokat. A modell segítségével a páciens képes lesz személyiségproblémáit egodisztonnak tekinteni és így erőt nyerni ezek elhagyására. A terapeuta a pácienssel szövetségben harcol a sémák ellen, kognitív, affektív (élményalapú), viselkedéses és interperszonális technikákat alkalmazva.

Tudatos jelenlét alapú kognitív terápia (MBCT)

A kognitív terápiák harmadik hullámához tartozó mindfulness, vagy tudatos jelenlét terápia a depresszió visszaesésének megelőzésére, stressz kezelésre, illetve személyiségzavarok kiegészítő terápiájaként dolgozták ki. A tudatos jelenlét alapú terápia alapelve, hogy a kogníciók az agyműködés természetes velejárói, és nem feltétlenül a valóságot képezi le. A tudatos jelenlét alapuló kognitív terápia legfőbb jellemzője, hogy nagy hangsúlyt helyez a negatív tudattartalmak, gondolatok megfigyelésére és ezeket az elme működésének tekinti.

A mindfulness a buddhista hagyományokban gyökerezik, terápiás formájában olyan tudati beállítódásként jelenik meg, amely egyrészt növeli a tudatosságot az emocionális distresszt keltő és maladaptív viselkedéshez vezető mentális folyamatokkal kapcsolatban, másrészt elősegíti, hogy a személy ezekre tudatosan reagáljon.

A tudatos jelenlét hét pillére: (1) ítélkezés mentesség, (2) türelem, (3) kíváncsiság és nyitottság, (4) önbizalom, (5) nem erőltetés, (6) elfogadás, (7) elengedés.

Alkalmazott technikák: figyelem önszabályozás meditációs gyakorlatokon keresztül, élmény orientált gyakorlatok.

Az MBCT egyéni, vagy csoportos formában alkalmazható egy terapeuta vezetésével. A megterhelő élethelyzetekkel, depresszióval, negatív gondolatokkal szembeni rugalmasabb alkalmazkodás, a visszaesések számának és a kognitív sérülékenység csökkenése.

A pszichoterápiás intervenciók várható pozitív hatásai:

- pszichopatológiai tünetek javulása, megszűnése,
- pszichológiai problémák megszűnése, panaszok csökkenése
- általános pszichológiai funkcióképesség visszanyerése, életvezetés javulása, normalizálódása
- megküzdőképesség és alkalmazkodási készség javulása,
- pszichológiai/pszichiátriai prevenció megvalósulása
- pszichológiai és mentális betegségek megszűnése, a beteg gyógyulása

Ajánlás⁹

A pszichoterápiás/szakpszichoterápiás gyógyító, illetve az egészségügyi ellátás alkalmazása során szükséges a tudományos evidenciákon alapuló módszereket alkalmazni, amelytől, vagy amelyektől a legnagyobb bizonyossággal és valószínűséggel várható a beteg gyógyulása. A pszichoterápiás módszer kiválasztása során szükséges figyelembe venni és mérlegelni (1) a beteg/páciens/kliens idiografikus jellemzőit és a pszichopatológiai problémát (2) a módszer hagyományait és adott ellátási környezetben történő alkalmazhatóságát, (3) a terapeuta képzettségét és kapacitásait, (4) az adott módszer hozzáférhetőségét és kivitelezhetőségét egyaránt. (SIGN: A, USPSTF: A)

Bizonyos pszichoterápiás módszerek a régóta fennálló alkalmazás tapasztalatain kialakult szakmai konszenzus alapján tekinthetők a gyógyító eljárás gyakorlatának. A pszichoterápiás módszerválasztás tekintetében az adott betegséghez vagy betegségcsoportozáshoz kapcsolódó tényleges indikáció függ az eset súlyától, a pszichés

hozzáférhetőségtől, a páciens motivációjától és körülményeitől. Ugyanazon diagnosztikus kategóriába tartozó kórkép lehet a kórlefordítás adott fázisaiban *alkalmas*, illetve *nem alkalmas* pszichoterápiára.

A (módszerspecifikus) pszichoterápia, illetve szakpszichoterápia végzéséhez pszichoterápiás szakképzettség és módszerspecifikus jártasság/végzettség szükséges. *Pszichodiagnosztika és alap-pszichoterápia végzésére a fenti szakképzettségek mellett pszichiáter szakorvosi, illetve klinikai szakpszichológusi képzettség is jogosít.*

2. Táblázat: Az egyes pszichoterápiás módszerek hatékonyságának értékelése a BNO főcsoportok szerint (BNO-10 alapján) /a zárójelben szereplő két betűjel az irányelvben alkalmazott rangsorolási rendszerek értékelését, tehát az adott módszer hatékonyságát alátámasztó tudományos evidenciák szintjét jelzi/ [saját szerkesztés]

	F00- F09	F10- F19	F20- F29	F30- F39	F40- F48	F50- F59	F60- F69	F70- F79	F80- F89	F90- F98
Aktív analízis*				E***	E	E	E			
Autogén tréning és szimbólumterápia				X (B, B)	X (B, B)	X (B, B)	X (D, I)			X (B, B)
Családterápia		X (A, A)	X (B, B)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (B, B)			X (A, A)
Csoportanalízis		X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)			
DREAM**				X (B, B)	X (B, B)	X (B, B)	X (B, B)			
Hipno-pszichoterápia		X (A, A)	X (C, B)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (C, B)		X (A, A)	X (A, A)
Individuálpszichológiai pszichoterápia				X (B, B)	X (B, B)	X (B, C)	X (B, C)			X (B, B)
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior)	X (A, A)	X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (B, B)			X (D, C)
Jungi analízis				X (C, C)	X (C, C)	X (D, I)	X (D, I)			
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)				X (A, A)	X (B, B)	X (A, A)	X (D, C)			
Mozgás és táncterápia			X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (D, I)	X (C, C)		X (C, C)	X (C, C)
Pszichoanalízis		X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)			

Pszichoanalitikusan orientált terápia		X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, B)			
Pszichodráma		X (D, I)		X (A, B)	X (A, B)		X (A, B)			
Személyközpontú pszichoterápia				X (A, A)	X (A, A)	X (A, B)	X (B, B)		X (D, I)	X (A, B)
Viselkedésterápia és standard kognitív terápia		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)				X (A, A)
EMDR		X (B, B)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)					
DBT	X (D, I)	X (B, B)				X (D, I)	X (A, A)			
Sématerápia				X (A, A)	X (D, I)	X (A, A)	X (A, A)			
MBSR				X (A, A)	X (A, A)					X (A, A)
Metakognitív terápia			X (A, A)	X (A, A)	X (B, B)	X (A, A)	X (A, A)			
Mentalizációs alapú terápia		X (A, A)	X (A, A)			X (A, A)	X (A, A)			X (A, A)
TFP							X (A, A)			
Gyermek- és serdülő- pszichoterápia				X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)			X (A, A)

*Az aktív analízis módszere az analitikus irányzatokhoz tartozó, a világon kizárólag Magyarországon intézményesített módon egyesületi háttérrel rendelkező iskola. A kizárólagosságból adódóan a módszer nem rendelkezik kiterjedt nemzetközi kutatási tapasztalatokkal és megalapozással, hatékonyságát a régóta fennálló terápiás hagyomány gyakorlata igazolja és az analitikus módszertanhoz kapcsolódó kutatási evidenciák validálják.

**Analitikus gyökerekkel rendelkező, egyedülálló és kifejezetten a magyar kulturális és szociális térben fejlődöttm illetve arra adaptált, a hazai szakmagyakorlatban elérhető rövidterápiás módszer.

***„E ” – az adott ajánlás az iránymutatás tartalmának jellegéből fakadóan kutatási paradigmákkal nem validálható, a témakör jellegéből adódóan akadémiai értelemben nem kutatott / nem kutatható, ugyanakkor a szakmagyakorlat hagyományai és a pszichoterápiás gyógyítás sokszor idigrafikus szemlélete mentén ajánlott, mely ajánlást szakértői szakmai konszenzus támogatja, a szakmagyakorlat evidenciája.

3. Táblázat:

Az egyes pszichoterápiás módszerek hatékonyságának besoroláshoz alapul vett szakirodalmi háttér hivatkozásjegyzék szerinti számai [saját szerkesztés]

PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZER, MÓDSZERCSOPORTOK	SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK SORSZÁMA HIVATKOZÁSJEGYZÉKBEN^a
Aktív analízis	39-61
Autogén tréning és szimbólumterápia	62-199
Családterápia	200-241
Csoportanalízis	242-276
DREAM	277-302
Gyermek- és serdülő-pszichoterápia	303-359
Hipno-pszichoterápia	360-427
Individuálpszichológiai pszichoterápia	428-449
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior)	450-499
Jungi analízis	500-538
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)	539-596
Mozgás és táncterápia	597-651
Pszichoanalízis és pszichoanalitikusan orientált terápia	652-736
Pszichodráma	737-786
Személyközpontú pszichoterápia	787-861
Viselkedésterápia és standard kognitív terápia, Sématerápia, DBT, MBSR, Metakognitív terápia	862-985
EMDR	986-1033
Mentalizációs alapú terápia	1034-1057
TFP	1058-1067

A táblázat a módszertani egyesületek által küldött szakmai anyagok, illetve az irányelv fejlesztő munkacsoport munkája alapján készült, saját szerkesztés.

4. Táblázat: Az egyes pszichoterápiás módszerek BNO-10 szerinti indikációi, kontraindikációi, illetve relatív kontraindikációk [saját szerkesztés]

Módszer	INDIKÁCIÓK	KONTRAINDIKÁCIÓK	RELATÍV KONTRAINDIKÁCIÓ
Aktív analízis	F30-39; F 40-48; F 50; F 51-52; F 53.0; F54; F 60.4-9; F61; F62; F 64-68; F95	F20-29, F00-09, F70-79., és a pszichoterápia általános ellenjavallatai	
Autogén tréning és szimbólumterápia	F32.00, F32.10, F33.00, F33.10, F40, F41, F43.1, F51, F52, F90.0, F92, F93, F4540, R51H0, I10H0, G43, G47, H81, B24H0, Z5660, F40.20, F42.20, F50.20, F50.80, F60-61	F00-09, akut intoxikáció, delírium, F20-F29, F30, F3100-3120, F3140-3150, F3220-3230, F3320-3330, F70-F79, F84, F90-93, alacsonyán szervezett BPD, Szomatikus kontraindikációk: akut gyomorfekély, akut szívinfarktus	antiszociális személyiségzavar, alacsonyán szervezett személyiségstruktúra, epilepszia, alacsonyán szervezett BPD
Családterápia	F10-19, F50, F91, F20, F32-39, F43, F41, F42, F45, F54, T74, N46, N97, F90, X60-84, gyermek- és serdülőkor, valamint a fiatal felnőttkori anorexia nervosa		
Csoportanalízis	F6-, F32-, F33- F40, F41, F43, F44, F45, F51, F52, F90-99, F2-,		F0-, F30, F31, F50, F7
DREAM	F1- enyhébb formái, F30-34, F40-41, F43-45, F63-69	F1-súlyos formái, F2-, F30-34 súlyos aktív fázisaiban, F42, F50-, F54- súlyos pszichoszomatikus zavarokban, F6- súlyosabb formái, lélektani krízisállapotban	
Hipno-pszichoterápia	F10-19, F31-39, F40-48, F50-59	F30	
Individuálpszichológiai pszichoterápia	F30-39, F40-48, F50-59, F60-69, F90-98	pszichotikus zavar, paranoid illetve szkizoid személyiségzavar, F20-F29, organikus mentális zavarokban, bipoláris affektív zavar aktív fázisaiban	súlyos patológiás állapotok, súlyos fokú depresszió, szorongás, személyiség zavarok, akut krízishelyzet
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior)	F06.3-F06.4, F32-F33, F40-F41, F43, F44, F50, F54, F60-69	F20-F29, F70-F79	F00-F09

Jungi analízis	F60, F43, F68, F50, F38, F32, F33, F34, F40, F41, F45, F11, F14	akut pszichózis, F00-09, F70-79	
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)	F31-34, F40-45, F48, F50-52, F60-61.	F20-29	F00-07
Mozgás és táncterápia	F20-29, F31-39, F40-48, F50-52, F60, F84, F90	F00-09, F25, F30, F31.0, F31.1, F31.2, F42, F70-79, F10-19,	F42
Pszichoanalízis	F 32-39, kivéve F33.3; F4-, kivéve F43.0; F5-, F6-.	F0-, F30, F31, F43.0, F7-	
Pszichoanalitikusan orientált terápia	F32-39, kivéve F33.3; F4-, kivéve F43.0; F5-, F6-	F0-, F7-	
Pszichodráma	F10-19, F32-39, F40-45, F60-69, F91, F92, F93	F00-F09, F70-79, F80-89	A pszichotikusok pszichodráma csoportja és a személyiségzavarral élők pszichodráma csoportja módszertanilag eltérést mutat az azonos módszeren belül.
Személyközpontú pszichoterápia	F30-39, F40-49, F50-59, F60-69, F80-89, F90-99	F20-29, akut pszichotikus állapot, F10-19, szerhasználati zavarok	
Viselkedésterápia és standard kognitív terápia	F10, F20, F30-33, F40.0, F41.1, F42, F43.2, F50, F90, F93.0-F93.2	Abszolút kontraindikáció nincs	Súlyos személyiségzavar antiszociális vonásokkal, súlyos mentális retardáció
EMDR	F32, F41, F42, F43, F45	Intoxikált állapot, súlyos kognitív zavar	Súlyos disszociatív tünetek, súlyos személyiségzavar
DBT	F10, F50, F60.3	Súlyos kognitív zavar, aktív pszichózis, akut veszélyeztető magatartás	Súlyos addiktológiai zavar alacsony motivációval, non-compliance, a teljes program lehetőségének hiánya
Sématerápia	F40, F50, F50.4, F60	Pszichotikus állapot, súlyos kognitív zavar	Aktív szerhasználat, alacsony motiváció
MBSR	F31-F33, F40-42, F90	Pszichotikus állapot, súlyos kognitív zavar	Súlyos pszichotrauma, akut krízis, disszociatív zavar
Metakognitív terápia	F20, F32, F33, F40, F43.2, F52, F63.3	Aktív pszichózis, súlyos kognitív zavar, aktuális krízis	Aktív szerhasználat, súlyos személyiségzavar antiszociális vonásokkal, motiváció hiánya

Mentalizációs alapú terápia	F1-, F4310, F50, F6020-6090, F9880	organikus mentális zavar F0-, F7-, F3-aktív és súlyos fázisai	
TFP	F60-69		
Gyermek- és serdülő-pszichoterápia	F31, F32, F33, F40, F41, F43, F50, F51, F60, F61, F93, önsértés, szülői reflektív funkció, anyai depresszió, koragyermekkorai kötődés, koragyermekkorai szocio-emocionális és viselkedéses jóllét, szülő-gyerek interakció		

5. Táblázat: Az egyes pszichoterápiás módszerek alkalmazhatóságával kapcsolatos információk: javasolt heti óraszám/gyakoriság, ellátási kör (felnőtt, gyermek, egyéni, csoportos), online alkalmazhatóság, várható hatékonyság ideje [saját szerkesztés]

Módszer	Javasolt heti óraszám / gyakoriság	felnőtt ellátás (f), gyermek-serdülő ellátás (gy)	egyéni ellátás (e), csoportos ellátás (cs)	online módon végezhető	mikortól várható változás? (becsült idő)	egyéb megjegyzés
Aktív analízis	heti 1-2 terápiai óra	f	e, cs	igen	15, jellemzően: 80 alkalom	
Autogén tréning és szimbólumterápia	heti 1 terápiai óra	f, gy	e, cs	igen	4-6, jellemzően 15-20 alkalom	önálló gyakorlás, önmegfigyelési napló vezetése
Családterápia	0,5-1 / 1,5 terápiai óra (heti/kétheti rendszerességben)	f, gy	e, cs	igen	8-20	A terápiai folyamat a családtagok bevonásával történik. Koterapeuta jav.
Csoportanalízis	heti 1-szer 2 terápiai óra	f, (gy)	cs, (e)	igen	fókuszált csoportmódszer alkalmazott csoportanalízis 40 óra (20 ülés). Jellemzően 100-150 óra.	az osztályos csoportpszichoterápia sajátos szettig, melyben a csa. releváns (kis és nagycs.)
DREAM	heti 1 terápiai óra	f	e, cs	igen	10-15	csoport esetén koterapeuta jav.
Hipno-pszichoterápia	heti 1 terápiai óra	f, gy	e, cs	igen	15-20	csoporthipnózis esetén koterapeuta jav.

Individuálpszichológiai pszichoterápia	heti 1 terápiás óra / csoport esetén heti 80-150 perc	f, gy	e, cs	igen	rövid, pszichodinamika i orientációjú IP pszichoterápia: 15 alkalom	Egyszemélyes esetvezetés: felnőtt egyéni terápia (individuálpszichológiai analízis), felnőtt párterápia, gyermek egyéni terápia (báb/játék terápia) Kettős vezetés, felnőtt csoport terápia, szülő-csoport terápia, párok individuálpszichológiai csoportterápiája, gyermek csoport terápia - individuálpszichológiai szemléletű/személyiségelméletű gyermekjáték-dráma
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnobeavior)	heti 1 terápiás óra	f, gy	e, cs	igen	a kórállapot súlyosságától függ	
Jungi analízis	heti 1-4 terápiás alkalom	f	e, cs	igen	20-30 alkalom után várható javulás - Átlagos terápiahossz: 50-150 alkalom	
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)	heti 1-2 alkalom	f, gy	e, cs	igen	Rövid 20, hosszú 50-100	Csoport esetén koterapeuta ajánlott.
Mozgás és táncterápia	hetente 2x2 óra / 1x3 óra / kéthetente 6 óra	f, gy	e, cs	igen	50 óra, 3hónap - 2 év	koterapeuta ajánlott
Pszichoanalízis	heti 3 terápiás alkalom	f, (gy)	e	igen	3 hónap/időhatár nélküli	
Pszichoanalitikusan orientált terápia	heti 1-2 terápiás alkalom	f, (gy)	e	igen	3 hónap/2 év	
Pszichodráma	osztályos: heti 2x2-3 óra, ambuláns: heti 1x4-5 óra, pszichiátriai rehabilitáció: heti 2x1-2 óra, monodráma heti 3 óra	f, gy	cs, e	igen	Az adott patológiától és az egyéntől függ. Személyiségzavarok pl. hosszúterápiában megközelíthetőek	A pszichodráma pszichoterápia páros vezetésben zajlik. Fontos tudni, hogy a pszichodráma képzésen belül van mód gyerekdramatistává, bibliodramatistává, szociodramatistává és

						monodramatistává válni. Ezek közül a pszichodráma, a gyarekdráma és a monodráma pszichoterápiás módszer.
Személyközpontú pszichoterápia	heti 1 terápiás óra egyéni, vagy 2-3 óra csoport	f, gy	e, cs	igen	15 óra után várható, hossza ált.: 30-100 óra	Csoport esetén koterapeuta ajánlott.
Viselkedésterápia és standard kognitív terápia	1-2 alkalom, 50 perc	f, gy	e, cs	igen	5-20 alkalom	Csoport esetén koterapeuta ajánlott.
EMDR	1 x 50-90 perc	f, gy	e, cs	igen	4-5-től (egyszerű F43); 20-30 alkalomig (F32, F41, F42, komplex F43, F45)	
DBT	Egyéni terápia: 1x50 perc; csoportos készségfejlesztés: 1x2-2,5 óra; telefonos coaching sz.sz., terápiás team konzultáció: 1x60 perc	f, gy	e, cs	igen	6 hónap – 1 év	
Sématerápia	1-2 alkalom, 50-60 perc	f, gy	e, cs	igen	2 hónap – 1 év	
MBSR	1 alkalom, 2-2,5 óra; 6-7 órás elvonulás a teljes kezelés alatt 1 alkalommal	f, gy	e, cs	igen	8 hét	
Metakognitív terápia	1 alkalom, 50-60 perc	f, gy	e, cs	igen	8-16 hét	
Mentalizációs alapú terápia	heti 2 terápiás óra	f, gy	e, cs	igen	1,5 év	csoportban koterapeuta, hetente stábmegbeszélés, pszichiátriai háttér, előtte MBT-Introduction (pszichoedukáció) szükséges
TFP	heti 1 terápiás óra	f, (gy)	e	igen		

Gyermek- serdülő- pszichoterápia	és min. heti 1 terápiás óra	gy	e, cs	igen	alkalmazott eljárás függvénye	a szülőkkel folytatott terápiás munka a gyermek és serdülő pszichoterápiák szerves részét képezik
--	-----------------------------------	----	-------	------	-------------------------------------	--

A táblázat a módszerspecifikus egyesületekkel egyeztetve, a beküldött szakmai anyagok alapján saját szerkesztéssel készült.

6. Táblázat: A BNO-10 főcsoportok szerint ajánlható pszichoterápiás módszerek a rendelkezésre álló evidenciák alapján. Az alkalmazás során terápia-kombinációk, illetve a pszichoterápia pszichofarmakoterápiás kezeléssel kombináltan is javasolt lehet. A pszichoterápiás módszerválasztásnál szükséges figyelembe venni a pszichoterápia alkalmazásának általános indikációit és feltételeit (ld. vonatkozó ajánlás). [saját szerkesztés]

BNO Főcsoport	Nemzetközi és hazai kutatásokkal, magas szintű bizonyítékokkal alátámasztott, igazoltan hatékony pszichoterápiás eljárások (EBP)	Hazai és nemzetközi szakmai ajánlások alapján alkalmazható pszichoterápiás eljárások	Szakmai konszenzusok és/vagy az alkalmazási hagyomány gyakorlata alapján ajánlható pszichoterápiás eljárások
Organikus és szimptomatikus mentális zavarok (F00-F09)	Integratív pszichoterápia		DBT
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia	EMDR, DBT	Pszichodráma
Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek (F20-F29)	Kognitív viselkedésterápia, EMDR, Metakognitív terápia, Mentaalizáció alapú pszichoterápia, Mozgás és táncterápia	Családterápia	Hipno-pszichoterápia
Hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (F30-F39)	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Személyközpontú pszichoterápia, Komplex integratív pszichoterápia, Mozgás és táncterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, EMDR, Sématerápia, Pszichodráma, MBSR, Gyermek és serdülő pszichoterápia	Metakognitív terápia, DREAM, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Autogén tréning és szimbólumterápia	Jungi analízis, Aktív analízis
Neurotikus, stresszhez társuló és	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív	Metakognitív terápia, DREAM, Autogén tréning	Jungi analízis, Aktív analízis, Sématerápia

szomatiform rendellenességek (F40-F48)	pszichoterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Személyközpontú pszichoterápia, Mozgás és táncterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Kognitív és viselkedésterápia, EMDR, Pszichodráma, MBSR, Gyermek és serdülő pszichoterápia	és szimbólumterápia, Komplex integratív pszichoterápia,	
Viselkedészavar szindrómák, fiziológiai zavarokkal és fizikai tényezőkkel társulva (F50-F59)	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, EMDR, Pszichodráma, MBSR, Sématerápia, Metakognitív pszichoterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Gyermek és serdülő pszichoterápia	Individuálpszichológiai pszichoterápia, DREAM, Autogén tréning és szimbólumterápia	Jungi analízis, Aktív analízis, Mozgás és táncterápia, Személyközpontú pszichoterápia, DBT
A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai (F60-F69)	Csoportanalízis, Pszichoanalízis, Kognitív viselkedésterápia, TFP, Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, Pszichodráma, DBT, Sématerápia, Metakognitív terápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Gyermek és serdülő pszichoterápia	Mozgás és táncterápia, Családterápia, Hipno-pszichoterápia, Személyközpontú pszichoterápia, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, DREAM	Jungi analízis, Aktív analízis, Autogén tréning és szimbólumterápia, Komplex integratív pszichoterápia,
Mentális retardáció (F70-F79)			
A pszichés (lelki) fejlődés zavarai (F80-F89)	Hipno-pszichoterápia	Mozgás és táncterápia	Személyközpontú pszichoterápia
A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban jelentkező zavarai (F90-F98)	Gyermek és serdülő pszichoterápia, Családterápia, Hipno-pszichoterápia, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Kognitív viselkedésterápia, MBSR	Autogén tréning és szimbólumterápia, Mozgás és táncterápia, Személyközpontú terápia	Aktív analízis, Integratív pszichoterápia

Lényeges körülmény, hogy a hazai (pszichoterápiás) gyakorlatban az egyes módszerek alkalmazhatósága és alkalmazása a régóta fennálló gyógyító szemléletű (pszichoterápiás) gyakorlat felhalmozott tapasztalatain is alapul!

A magyar pszichoterápiás szcena folyamatosan változó, bővülő és fejlődő módszertani repertoárral rendelkezik. Az ismertetett módszereken kívül a szakterülethez további terápiás iskolák is kapcsolódnak (pl.: ISTDP - Intenzív

rövid dinamikus pszichoterápia, logoterápia stb.). Ezen módszerek tekintetében az evidenciákon felépülő szakmai gyakorlat és a bővülő kutatási igazolások egyaránt a folyamatos fejlődés organikus útját jelentik.

A pszichoterápiás technikák és módszerek az egészségügyi gyógyászati szakellátáson kívül egyéb alkalmazási területtel is rendelkeznek (pl.: önismeretet bővítő folyamatok, önértékelés megalapozása, gyász és veszteségfeldolgozás támogatása, interperszonális és intraperszonális érzelmi konfliktusok feloldása stb.), azonban ezen tevékenységek nem tartoznak az egészségügyi szakmai irányelv tárgykörébe.

Depresszió pszichoterápiája

Ajánlás10

A enyhe depressziós epizód esetében a betegség kezelése megfelelő módszerpontos pszichoterápiával is történhet. Közepes és súlyos depressziós epizód esetében a pszichoterápia csak gyógyszeres kezeléssel kombinálva végezhető (SIGN: A, USPSTF: A)

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a depresszió kezelésében, melyet az adott módszerben módszerpontos jártassággal/végzettséggel rendelkező pszichoterapeuta/szakpszichoterapeuta végezhet.

7. Táblázat: A depresszió pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (NICE és APA alapján)

APA guideline	NICE guideline
viselkedésterápia	viselkedésaktiváció, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók
CBT, MBCT	CBT, MBCT
IPT	IPT
pszichodinamikus terápia	rövid dinamikus terápia
szupportív terápia	

Az **APA ajánlása** szerint a felsorolt pszichoterápiás eljárások mindegyike hasonló hatékonyságú, így monoterápiaként nem tesz különbséget választandóságuk között. Kombinált kezelés indikálása esetén – farmakoterápiával történő kombináció – a CBT és az IPT kombinálását javasolja másodgenerációs antidepresszánsokkal.

A **NICE guideline** rövid dinamikus terápiát javasol enyhe és közepes depresszió esetén az egyéb módszerek (farmakoterápia, CBT, IPT) ineffektivitása és a módszerrel való nem megfelelő együttműködés esetén.

A NICE guideline a közepes és súlyos depresszió esetén kombinált kezelést javasol: antidepresszáns adása mellett magas intenzitású pszichoterápiás kezelés végzése indikált.

Bipoláris zavar pszichoterápiája

Ajánlás11

A bipoláris zavar kezelése valamennyi típusú akut epizód esetében illetve a hosszmetszeti képnek megfelelően farmakoterápia. Alap-pszichoterápiás, illetve szakpszichoterápiás intervenciók stabil fázis esetén indikálhatók, akut mániás fázisban pszichoterápia nem végezhető. Akut fázisban krízis orientált intervenciók alkalmazhatók, melyek célja a farmakoterápiával való együttműködés elősegítése. A stabil fázisban végezhető pszichoterápiás intervenciók elsődleges célja pedig a szorongás csökkentése, a beteg funkcióképességének javítása a maniform epizódok között, illetve az epizódok jövőbeni valószínűségének és súlyosságának csökkentése. (SIGN: A, USPSTF: A)

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a bipoláris zavarok kezelésében, melyet az adott módszerben módszerspecifikus jártassággal/végzettséggel rendelkező pszichoterapeuta/szakpszichoterapeuta végezhet.

8. Táblázat: A bipoláris zavar pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
pszichoszociális intervenciók	visszaesés megelőzésre irányuló pszichológiai intervenciók
pszichoedukáció	pszichoedukáció
CBT	CBT
családterápia	családtagok bevonásával zajló pszichológiai intervenciók
IPT	
pszichodinamikus terápia	

A **NICE guideline** ajánlása alapján bipoláris zavar esetén a pszichológiai eljárások közül elsősorban az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a választandó kezelési eljárások.

Az **APA ajánlása** alapján a bipoláris zavar vezető kezelési módja a pszichiátriai ellátás és farmakoterápia indikálása. Alap-pszichoterápiás, illetve szakpszichoterápiás intervenciók stabil fázis esetén indikálhatók, akut mániás fázisban pszichoterápia nem végezhető. Akut fázisban krízis orientált intervenciók alkalmazhatók, melyek célja a farmakoterápiával való együttműködés elősegítése. A stabil fázisban végezhető pszichoterápiás intervenciók elsődleges célja pedig a szorongás csökkentése, a beteg funkcióképességének javítása a maniform epizódok között, illetve az epizódok jövőbeni valószínűségének és súlyosságának csökkentése. Pszichodinamikus terápia az APA ajánlásában egyes eseteknél lehet indikált.

Szorongásos zavarok pszichoterápiája

Ajánlás12

Szorongásos zavarok esetében a betegség kezelése megfelelő módszerpsecifikus pszichoterápiával is történhet. Közepes és súlyos depressziós epizód esetében a pszichoterápia csak gyógyszeres kezeléssel kombinálva végezhető. Súlyosabb, a szakpszichoterápiás beavatkozásokra nem reagáló szorongásos zavarok esetén gyógyszeres kezelés indítása szükséges a páciensnél a kezelő pszichiáter által. (SIGN: A, USPSTF: A)

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a szorongásos zavarok kezelésében, melyet az adott módszerben módszer-specifikus jártassággal/végzettséggel rendelkező pszichoterapeuta/szakpszichoterapeuta végezhet.

9. Táblázat: A szorongásos zavarok szakpszichológiai/pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (SIGN: A, USPSTF: A)

APA guideline	NICE guideline
	alacsony intenzitású intervenciók
	magas intenzitású pszichoterápiák
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	rövid dinamikus terápia
	relaxáció

A NICE guideline a szorongásos zavarok kezelésében alacsony intenzitású (pl. önsegítő programok használata, pszichoedukációs csoport) intervenciókat és magas intenzitású pszichoterápiákat (pl. CBT) ajánl. Nem megfelelő hatékonyságú CBT esetén kombinált farmakoterápiás kezelés javasol. Szociális szorongás zavar esetén a NICE ajánlásban azon pácienseknél, akik CBT-ben nem tudnak részt venni, vagy akik elutasítják a farmakoterápiás kezelést, a rövid dinamikus terápia (megfelelő manuál alkalmazásával) választása az indikált. A NICE ajánlásban a relaxáció a szorongásos zavarok közül a GAD kezelésében ajánlott módszer.

Az APA a szorongásos zavarok közül a pánik zavar kezelésére adott ki guideline-t. Az APA a pánik zavar kezelésében a pszichoterápiás módszerek közül elsőként a CBT-t (vezetően ingerexpozíció-válaszmegeelőzés módszerén alapulva) ajánlja, majd ezt követően egyes esetekben indikálhatónak ajánlja a pánik fókuszú pszichodinamikus módszerek alkalmazását is. Az EMDR, illetve a szupportív terápia alkalmazását a hatástalan, és a standard (CBT, pánik fókuszú pszichodinamikus terápia) módszerekhez képest rosszabb hatékonyságú eljárások között nevezi meg.

A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelése

Ajánlás13

A személyiségzavarok kezelése a személyiségzavarok kezelésére kidolgozott szakpszichoterápiás eljárásokkal, illetve szükség esetén ezek egyes tüneteket célzó gyógyszeres kezeléssel kombinálva történhet. Súlyosabb tünetek, akut krízis, impulzuskontroll problémák, hetero- és autoagresszió, súlyos depressziós epizód illetve szuicid kockázat esetén szükséges az adott tüneteket célzó, pszichiáter által vezetett gyógyszeres kezelés is. (SIGN: A, USPSTF: A)

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a személyiségzavarok kezelésében, melyet az adott módszerben módszerspecifikus jártassággal/végzettséggel rendelkező pszichoterapeuta/szakpszichoterapeuta végezhet.

10. Táblázat: A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (A, A)

APA guideline	NICE guideline
pszichoanalitikus/ pszichodinamikus terápia	krízisintervenció
	MBT
DBT	DBT
	TFP
	Sématerápia

Nemzetközi ajánlások közül az APA és a NICE adott ki a személyiségzavarok közül (borderline) személyiségzavar kezelésére vonatkozó ajánlást.

Az APA ajánlásában két pszichoterápiás módszer bír megfelelő hatékonysággal a borderline zavar kezelésében: a pszichoanalitikus/pszichodinamikus terápia és a DBT.

A NICE guideline szerint borderline személyiségzavar kezelésében vezetően a pszichoterápia a választandó kezelési eljárás, melynek időtartamát, intenzitását és típusát a terapeuta határozza meg. Az ajánlás megfogalmazza a rövid terápia (3 hónapnál rövidebb) kerülését borderline személyiségzavar esetén.

Súlyosabb tünetek, akut krízis, impulzuskontroll problémák, hetero- és autoagresszió, súlyos depressziós epizód illetve szuicid kockázat esetén szükséges az adott tüneteket célzó, pszichiáter által vezetett gyógyszeres kezelés is.

Kényszeres és kényszerhez társuló zavarok pszichoterápiás kezelése

Ajánlás14

A kényszeres és kényszerhez társuló zavarok esetében enyhe súlyosság esetén a páciens szakpszichoterápiás módszerekkel is kezelhető, melyre az adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező (szak)pszichoterapeuta jogosult. (SIGN: A, USPSTF: A)

Nemzetközi ajánlások alapján a következő pszichoterápiás eljárások hatékonyak a kényszeres zavarok kezelésében, melyet az adott módszerben módszerspecifikus jártassággal/végzettséggel rendelkező pszichoterapeuta/szakpszichoterapeuta végezhet.

11. Táblázat: A kényszeres/kényszerhez társuló zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (A, A)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	
családterápia	

Nemzetközi ajánlások közül az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA: American Psychiatric Association) rendelkezik OCD-re vonatkozó ajánlással. Ezen ajánlás szerint az elsődlegesen választandó pszichoterápiás módszer OCD esetén a CBT, ezen belül is az ingerexpozíció-válaszmegelejtés technikák bírnak a legnagyobb evidenciával. Az APA ajánlása alapján a pszichodinamikus terápia az ellenállások (elhárítások) kezelésében, az OCD tünetek interperszonális következményeinek kezelésében lehet szükséges. A családtagok tünetekbe történő bevonódása esetén pedig családterápia indikálása is javasolt.

A NICE guideline súlyos tünetek esetén, mely a páciens számára jelentős funkció romlást okoz, kombinált (farmakoterápia és pszichoterápia) terápia indikálását ajánlja. Amennyiben 10 CBT ülést (és 12 hét farmakoterápiás kezelés) követően a tünetek nem javulnak, multidiszciplináris team összehívását javasolja a NICE guideline, mely a tünetek áttekintését, a komorbid tünetek azonosítását célozza, melyet követően a terápia (mind a farmakoterápia mind a pszichoterápia) módosítása ajánlott.

Traumával és stresszonnal összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelése

Ajánlás¹⁵

A traumával és stresszonnal összefüggő zavarok esetében enyhe súlyosság esetén a páciens szakpszichoterápiás módszerekkel is kezelhető, melyre adott módszerben módszerspecifikus végzettséggel rendelkező (szak)pszichoterapeuta jogosult (SIGN: A, USPSTF: A).

A traumával vagy stresszonnal összefüggő zavarok esetében a betegség kezelése megfelelő módszerpecifikus pszichoterápiával is történhet, melyet az adott módszerben módszerspecifikus jártassággal/végzettséggel rendelkező pszichoterapeuta/szakpszichoterapeuta végezhet.

12. Táblázat: A traumával vagy stresszorzal összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján). (A, A)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
hosszú expozíciós terápia	hosszú expozíciós terápia
rövid eklektikus pszichoterápia	
EMDR	EMDR
narratív expozíciós terápia	narratív expozíciós terápia.

Az APA a relaxációs módszerek alkalmazását nem tartja hatékonynak PTSD kezelésében.

A NICE és az APA által ajánlott pszichoterápiás eljárások közül Magyarországon a CBT és az EMDR érhető el. A NICE PTSD esetén kombinált farmakoterápiás és pszichoterápiás kezelés esetén ellenjavallja benzodiazepinek alkalmazását; ugyanakkor komplex trauma esetén (disszociatív tünetek, érzelemszabályozási zavar, interperszonális kapcsolati zavar tünetei, negatív énkép) módosítani szükséges a terápiás technikán a komplex tüneti képnek megfelelően.

Szucid veszélyeztetettség

Ajánlás16

A mentális betegségekhez társulóan azonosított hangulatzavarok, szorongásos zavarok, anamnézisben azonosított premorbid pszichiátriai kórképek, viselkedés alapján megfigyelhető súlyos karakterpatológiák esetén, továbbá kritikus élethelyzetek kapcsán a szucid veszélyeztetettség vizsgálata kötelező, felmerülő szucid készletés vagy ideáció esetén pszichiáter szakorvos bevonása, adott esetben a beteg pszichiátriai hospitalizációja szükséges. A kivizsgálás, illetve exploráció/emisszió alkalmával javasolt strukturált szucid rizikóbecslő skála alkalmazása is. (SIGN: A, USPSTF: A)

A szucid fenyegetettség és veszély felismerésével, kezelésével, megelőzésével kapcsolatban általánosan irányadó az EPA 2012-ben közreadott, 2017-ben magyarra adaptált irányelve a felnőttkori szucid viselkedés kezeléséről és prevenciójáról [38].

A szucid fenyegetettség és veszély felismerésével, kezelésével, megelőzésével kapcsolatban, valamint szucid viselkedést becsülő strukturált skálával kapcsolatban általánosan irányadó az SZAKPSZICHOLOGIAI IRÁNYELV [22].

Központi segélyhívószám (közvetlen veszélyeztető magatartás esetén) - 112
Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ): 116-123 (24 órás, díjtalan hívószám)
Alapítvány az Öngyilkosság ellen: www.ongyilkossagmegelozes.hu
Pszichiátriai Osztályok és Szakrendelő/gondozó ellátóhelyek (lakcím alapján, területi illetékesség szerint): <http://mentaliselsosegelynyujtas.antsz.hu/#/firstaid>

Telementális ellátás alkalmazása

Ajánlás17

A pszichoterápiás ellátás/kivizsgálás/terápia/gondozás során a beteg/páciens/kliens érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények körültekintő mérlegelését követően, a szakember döntése alapján az alábbi szempontok figyelembevételével javasolt lehet telementális/telemedicinális eszközök alkalmazása. (E)

- Szakpszichológiai/pszichoterápiás szakterületeken telementális/telemedicinális eszközök alkalmazását megelőzően, a szcenikus és egyéb idiografikus információk minősített fontossága okán fokozottan javasolt, hogy az első találkozás (egy vagy több alkalom) személyes formában történjen és/vagy a terápia/gondozás folyamata során időnként személyes találkozásra is sor kerüljön.
- Titoktartás és zavartalanság kérdése: telementális/telemedicinális eszközök alkalmazásánál mindkét félnek fokozottan szükséges tekintettel lennie a titoktartás megtartására, az ehhez szükséges körülmények biztosítására, ugyanúgy a zavartalanság (pl.: harmadik fél jelenléte a háttérben) és az érzelmileg, valamint pszichológiai szempontból megközelíthetőséget segítő állapotot előteremtő (kvázi-rendelői) közeg kialakítására.
- Felelősségbiztosítás: tisztázni és pontosítani szükséges a vonatkozó felelősségi körökre vonatkozó háttérszabályzásokat.
- Szükséges pontosan rögzíteni a telementális/telemedicinális ellátás vonatkozó kereteit: idejét, "hívások" módját, személyes és online ülések ritmusát/arányát és szerencsés, ha ez a betegdokumentációban is megjelenik.
- Külföldi tartózkodás: tisztázni szükséges, hogy ha az adott hazai egészségügyi ellátást (pl.: pszichológiai segítség) igénybe vevő személy külföldön tartózkodik (pl.: távterápia), akkor milyen szabályozások vonatkoznak az ellátásra és milyen felelősség terheli az ellátást végző személyt (adott esetben egy sürgősségi, kritikus helyzetben - szuicid veszély észlelése esetén).
- Párhuzamosság kerülése: fontos, hogy egy fekvőbeteg ellátás alatt álló személy a zajló kezelésével párhuzamosan más intézmény telementális/telemedicinális ellátását finanszírozottan, a párhuzamos ellátás elkerülése érdekében, ne vegye igénybe. Az igénybe vett (magán) telementális ellátásról a fekvőbeteg osztályon a kezelőt értesíteni szükséges.
- A telementális/telemedicinális ellátás a technikai feltételek és a szükséges informatikai hozzáértés együttes megléte esetén alkalmazható.
- A telementális/telemedicinális ellátás során figyelembe kell venni az érvényes GDPR szabályokat a technikai háttér kiválasztása során. Azokat a programokat kell előnyben részesíteni, melyek egészségügyi ellátásra alkalmasak (pl.: ZOOM for business and healthcare, de az alkalmazás ingyenes verziója nem felel meg egészségügyi célokra).

Nem javasolt/kontraindikált a telementális/telemedicinális eszközök alkalmazása, vagy telemedicinális ellátás kizárólagos használata:

- realitás-vesztéssel járó pszichopatológiai kórképek esetén (pszichózis, szkizofrénia stb.), valamint deluzív, illetve paranoid zavarok kapcsán
- demencia, valamint nagyfokú kognitív zavarok esetében
- többszörös, vagy keveredő súlyos funkciózavart okozó személyiségzavarok esetében (pl.: falcolás, szuicid ideációk stb.)
- fizikai tünetek ellenőrzését igénylő zavarok esetében (pl. súlyos anorexia nervosa)
- olyan pszichoterápiás módszereknél, amelyek nem alkalmazhatók online térben (pl.: mozgás és táncterápia, pszichodráma, csoport terápiák stb.)
- bizonyos pszichodiagnosztikai tesztek esetében (pl.: projektív tesztek, feladatmegoldást is tartalmazó tesztek)
- alacsony személyiség szerveződést mutató betegek esetében

Körültekintő szakmai mérlegelést követően, a beteg biztonságát minden esetben szem előtt tartva és érvényre juttatva, megfontolandó lehet a telementális/telemedicinális eszközök alkalmazása:

- feltárást célzó egyéni pszichoterápiák esetében
- középsúlyos személyiségzavarok esetén
- középsúlyos hangulatzavarok esetén
- addiktológiai problémák, szenvedélybetegségek kezelése során (ld. vonatkozó szakmai ajánlást)
- egyéb, speciális beavatkozások (pl.: imaginációs technikák, EMDR, trauma feldolgozás)

- gyermekellátás esetén (értelemszerűen: ellátástól függően szülői jelenléttel, és minden esetben /írással/ szülői beleegyezéssel)

Javasolt/alkalmazható telementális/telemedicinális eszközök alkalmazása az alábbi szakmai beavatkozások és folyamatok esetében:

- anamnézis felvétel/hetero-anamnézis felvétel
- bizonyos pszichodiagnosztikai tesztek felvétele (pl.: MMPI, séma kérdőív)
- állapotfelmérő tesztek (depresszió, szorongás stb.)
- kontrollvizsgálat, állapotkövetés, obszerváció, readaptációs betegvezetés, konzultáció
- szupportív pszichoterápia
- pszichoszociális/pszichés gondozás
- alap-pszichoterápia
- relaxáció
- krízisintervenció (de! szuicid krízis esetén pszichiátriai ellátás obligát)
- pszichoedukáció
- szomatikus problémák pszichológiai vonatkozásainak pszichoszociális támogatása (pl.: onkopszichológiai ellátás)

Ajánlás18

Szupervízió alkalmazása a körütekintő szakmagyakorlat elválaszthatatlan, emiatt szükséges és lényegi része (E) [29]

A pszichoterápiás szupervízió az intézmény/részleg/szakember pszichoterápiás munkájának elidegeníthetetlen része, ahol a pácienssel/klienssel/beteggel annak távollétében foglalkoznak. A szupervízió minden pszichoterápiás ellátás erősen ajánlott része, feltétele, körülménye és kerete.

Feltételei:

- meghatározott rendszerben, keretekkel zajlik
- bizalmi légkörben történik
- kiterjesztett titoktartás jellemzi
- a szakemberek nyitottan kifejezhetik a terápiás munka során átélt saját érzelmeiket, beállítódásaikat a klienssel/pácienssel/beteggel való kapcsolatukban

A pszichoterápiás szupervízió nélkülözhetetlen ahhoz, hogy

- a megfelelő színvonalú és körütekintően végzett szakmai működés garantált legyen
- a szakember a saját személyiségének bevonásával is végzett terápiás gyógyító munkája során önreflexiót gyakorolhasson
- a szakember megfelelő minőségű szakmai segítséget nyújthasson.

A pszichoterápiás szupervízió fajtái:

a) Szupervíziós konzultáció

Általában egyénileg, 1-2 ülésben zajlik. Szükséges: terápiás elakadás, krízis esetében. Végzője: képzett szakember — munkatárs vagy külső szakember egyaránt lehet.

b) Egyéni esetmegbeszélés

Általában munka melletti továbbképzésként, egy-egy terápiás eset folyamatának követése. Általában hetente-kéthetente egy ülésben zajlik, fél-két éven keresztül. Végzője: képzett szakember-munkatárs vagy külső szakember egyaránt lehet; közvetlen hierarchikus viszony (főnök-beosztott) kivételével.

Szupervíziós konzultáció, egyéni esetmegbeszélés esetében pszichoterápiás képzettséggel rendelkező belső vagy külső szakember.

c) Csoportos esetmegbeszélés

Általában vegyesen, hasonló és különböző módszerekkel dolgozó, eltérő képzettségű szakemberek közös esetmegbeszélése. Fontos szerepe van a pszichológiai beállítódások összehangolásában, a szakemberek pszichológiai karbantartásában. Hetente-kéthetente egy csoportülésben (duplaülés) zajlik, folyamatos. Vezetője: képzett szakember, akitől csoportvezetői képzettség is elvárható. Ajánlott, hogy külső szakember legyen. Elvárt, hogy csoportvezető képzettséggel is rendelkezzen. Ajánlott, hogy külső szakember legyen.

d) *Teamsupervízió / személyzeti csoport*

A szervezet/részleg összes munkatársának közös csoportja, ahol a munkához kapcsolódóan a kliensekkel-páciensekkel és egymással kapcsolatos problémák nyílt, kötetlen megbeszélése zajlik. Kiemelt szerepe van a terápiás rendszer szakmai működtetésében, beállítódások pszichológiai szintű összehangolásában, a munkatársak pszichológiai karbantartásában, valamint annak átdolgozásában, hogy a páciensek, kliensek pszichés zavarai a munkatársak közötti konfliktusok formájában jelennek meg. Heti / kétheti egy csoportülésben (duplaülés) zajlik, folyamatos. Vezetője olyan képzett szakember, aki nem tagja az adott intézménynek. Feltétel a külső szakember és elvárható a szervezeti szemlélet, tudás is

A megfelelő intézményi működéshez pszichoterápiát is nyújtó intézményekben/részlegeken teljes állásban lévő munkatárs esetében heti 2-3 óra pszichoterápiás szupervízióban való részvétellel javasolt számolni.

Ajánlás19

A pszichoterápiás gyógyítás szükséges és alapvető körülményeit a vonatkozó szakmai minimumfeltételek határozzák meg. Az egyes módszerek, jellegük szerint, eltérhetnek egymástól alkalmazásukhoz szükséges tárgyi feltételrendszer tekintetében (E) [29]

A pszichoterápia végzéséhez szükséges alapvető feltételek, követelmények:

- a lélektani kezeléshez megfelelő körülmények (otthonosság, biztonság, tisztaság, higiénis, kényelem stb.). A berendezés inkább irodára, lakószobára hasonlítson, mint orvosi rendelőre.
- bizalmi légkört és zavartalanságot biztosítani tudó rendelő az adott módszerhez igazodóan kialakítva (egyéni-, pár-, család-, csoport-, mozgás- stb. terápia). Ennek megfelelően például: kényelmes székek, fotel, divány, csoportterápiához elegendő számú szék, relaxációhoz polifoam stb.
- megfelelő hangszigetelés, hogy se a kinti zajok ne zavarják az ülést, valamint ne legyenek hallhatóak kintről a bent elhangzottak se.
- önálló bejáratú rendelkező privát helyiség
- csak a terápiás folyamatban részt vevő személyek tartózkodhatnak a pszichoterápiás helyiségbe. Asszisztens, vagy adminisztrátor sem lehet jelen a pszichoterápiás kezelés során.
- párhuzamosan két terápia egy helyiségben nem történhet
- a pszichoterápiás kezelést orvosi vizsgálat kell, hogy megelőzze. Ezt a vizsgálatot nem szükséges, hogy a kezelő végezze és nem szükséges, hogy az adott pszichoterápiás ellátónál történjen. A szükséges előzetes orvosi vizsgálat, illetve a pszichoterápiás tevékenység alatt felmerülő esetleges vizsgálatok orvosi konzílium formájában valósulhatnak meg.
- a dokumentáció végzéséhez szükséges számítástechnikai eszközök, illetve kódolt adattárolást biztosítani tudó lehetőség
- a pszichoterápia dokumentációja az adatvédelmi előírásoknak megfelelően kell, hogy történjen (ambuláns lap, dekurzus, EESZT stb.). A terápia során, vagy azzal kapcsolatban keletkező adatok tárolásánál, kezelésénél érvényesíteni kell az adatvédelmi előírásokat. A kliensről/páciensről/betegekről szóló dokumentációt elzárva kell tartani és őrizni.
- telementális/telemedicinális ellátáshoz szükséges feltételek (zavartalan, stabil és megfelelő sávzélességű internet hozzáférés, adatvédelmi szempontból is biztonságos szoftver stb.)
- amennyiben releváns: pszichodiagnosztikához szükséges eszközök, tesztbattériák és kiértékelésükhöz nélkülözhetetlen további eszközök

Ajánlás20

A pszichoterapeuták kötelesek megismerni és munkájuk során alkalmazni a munkájukra vonatkozó jogszabályokat, illetve kötelesek tevékenységüket a vonatkozó szakmai etikai előírások és ajánlások mentén

végezni. A szakmai-etikai ügyek és eljárások tekintetében a hatályos jogszabályi előírások az elsődlegesen és alapvetően meghatározók és minden esetben érvényesítendők. (E)

Az etikus egészségügyi szakmai tevékenység végzése kapcsán az Egészségügyi Tudományos Tanács Etikai Bizottságának Orvosetikai Kódexe és Állásfoglalásai a kötelezően irányadók. Az etikus egészségügyi szakmai tevékenység végzése kapcsán a vonatkozó jogszabályok szerinti etikai testületek előírásai kötelező érvényűek, valamint a kapcsolódó szakmai szervezetek etikai kódexeinek előírásai erősen ajánlottak.

Specifikusan az etikus pszichoterápiás tevékenység végzése során, erősen ajánlott a Pszichoterápiás Tanács Szövetség által készített Pszichoterapeuták Etikai Kódexe iránymutatásait is követni.

A pszichoterapeuta, tevékenysége során, minden esetben figyelembe kell, hogy vegye az emberi méltóságot és a páciens érdekeit egyaránt és kerülnie kell a hátrányos megkülönböztetést, továbbá szem előtt kell tartania a 'ne arts' (nil nocere) imperatívuszát.

A pszichoterápia önkéntességen alapul, ami mindkét fél részéről szükséges feltétele az együttműködésnek. A terapeuta felelősséget vállal, hogy a megkezdett terápiás folyamatot a szakmai és módszertani ajánlásoknak megfelelően befejezi és lezárja, amennyiben ebben akadályoztatva van, akkor a páciens megfelelő helyre továbbirányítja.

A terápiás folyamat a páciens szenvedésnyomása mentén szerveződő motivációjára épül. Motiváció nélkül pszichoterápia nem végezhető, sürgősségi esetben pszichoterápiás kezelés nem kivitelezhető. A pszichoterápiás együttműködés módszerének, céljainak és kereteinek megválasztása során a terapeuta a páciens problémájához illeszkedő, a probléma kezelésének a leghatékonyabb(ak)nak tekintett és a körülmények figyelembe vétele mellett a legnagyobb egészségnyereséggel járó terápiás eljárást/eljárásokat kell, hogy javasolja, megállapodás (pszichoterápiás szerződés) esetén pedig alkalmazza. A kezelés megkezdésekor a pszichoterapeuta megfelelően tájékoztatást ad a páciensnek a terápia céljáról, a választott módszerről és az alternatív kezelési lehetőségekről. Ha a kezelés nem elfogadott, evidenciája kevésbé igazolt és nem a probléma kapcsán kipróbált módszeren alapul, ezt közölnie kell a pácienssel. A kezelés addig szabad folytatni, amíg szakmailag indokolt és amíg az együttműködésből a páciens profitál. A terapeutának a tágabb értelemben vett egészségvédelmet is minden esetben szükséges figyelembe vennie a terápiás együttműködés során.

A kiskorúak pszichológiai/pszichiátriai/pszichoterápiás ellátásának rendjét a vonatkozó jogszabályok (1997. évi CLIV. Eü. tv., 60/2003 X./20. ESzCsm rendelet, valamint a mindenkor hatályos jogszabályok) részletezik és határozzák meg.

Gyermekkorú (jogilag kiskorú) személyek ellátását gyermekpszichoterapeuták, gyermek klinikai szakpszichológusok, gyermekpszichiáterek, felnőttkorúak ellátását felnőttekkel foglalkozó pszichoterapeuták, felnőtt klinikai/alkalmazott egészség/neuropszichológiai szakpszichológusok, pszichiáter szakorvosok végzik. A pszichoterápia megkezdéséhez 18 évesnél fiatalabb személy (jogi szempontból kiskorú) esetén szülő/törvényes képviselő beleegyezése szükséges. Gyermekterápia esetében a pszichoterápiás első interjú és anamnézis felvétele alapvetően és lehetőség szerint a szülővel történik, ami szakmailag indokolt esetben több alkalom is lehet. Ezt követően javasolt indokolt számú terápiás alkalom után szülőkonzultációt tartani.

Törekedni szükséges arra, hogy a gyermek is együttműködjön a terápiás folyamat során. Különös és körütekintő gondossággal szükséges eljárni a gyermekpszichoterápiák során a gyermek páciensek kiszolgáltatottsága miatt.

A terapeuta és a páciense között sem agresszív, sem szexuális tartalmú interakció nem engedhető meg, különös tekintettel az érintéssel járó pszichoterápiás módszerek esetében szükséges ezt kiemelni és hangsúlyozni. A pszichoterapeuták a kezelés során nem létesítenek és nem tartanak fenn szexuális kapcsolatot pácienseikkel, a kezelés után is arra kell törekedni, hogy a terapeuta, mint szakember legyen elérhető. A terápiás kapcsolat nem használható személyes előnyszerzésre, politikai, vallási, üzleti célok megszerzésére, elérésére. A pszichoterápia során kerülni szükséges a kettős kapcsolatot, illetve szükséges megelőzni annak kialakulását (pl.: családtagok, hozzátartozók, munkatársak stb.).

Pszichoterapeuta tevékenység megfelelő képzettséggel és a szükséges engedélyekkel vállalható és végezhető (ld. jogszabályi előírások). A terápia során erősen javasolt szupervizor támogatását igénybe venni (ld. vonatkozó ajánlás). A pszichoterápiás tevékenységet szükséges a titoktartási elvek figyelembevételével dokumentálni (ld. vonatkozó ajánlás) és a dokumentációt a vonatkozó egészségügyi adatvédelmi szabályoknak megfelelően tárolni, megőrizni.

A szakmai titoktartásra a vonatkozó egészségügyi törvények és szabályok vonatkoznak. A terapeuta megőrzi és bizalmasan kezeli a pácienssel kapcsolatban, illetve a terápia során birtokába került bármely információt. A terapeutát titoktartást kötelezi, ez alól csak a jogszabály által előírt esetben lehet eltérni, illetve sürgősségi, veszélyeztetett esetben a rendelkezésére álló információkat a beteg/páciens/kliens érdekében felhasználni. Titoktartási kötelezettség telementális, telemedicinális eljárások esetén is fennáll, annak betartása különös gondosságot és körültekintést igényel (ld. vonatkozó ajánlás). A szupervízióra, illetve intervízióra kiterjesztett titoktartás vonatkozik.

A terapeuta, a páciensről készült bármely anyagot és információ csak a páciens írásos hozzájárulásával és beleegyezésével használhatja oktatási, kutatási, publikációs stb. célra. Anonimizált adatokra ez nem vonatkozik – ez esetben azonban különös körültekintéssel és gondossággal kell anonimizálást elvégezni (ld. vonatkozó adatvédelmi törvények és előírások). Hang és/vagy kép, illetve videófelvétel csak a hatályos jogszabályok betartása mellett készíthető a pszichoterápia során, a keletkező iratokat, dokumentumokat és adatokat védett, zárható, harmadik fél számára nem hozzáférhető, helyen kell tárolni, amiről a terapeuta kell, hogy gondoskodjon.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl.: licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Pszichoterapeuta: pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező szakorvos, pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező felsőfokú egészségügyi szakirányú szakképzettségű szakpszichológus (alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, neuropszichológiai szakpszichológus, klinikai szakpszichológus), módszerspecifikus jártassággal. Módszerspecifikus pszichoterápia végzésére szupervízió mellett jogosult.

Szakpszichológus szakpszichoterapeuták, szakorvos szakpszichoterapeuták: a pszichoterápia szakvizsgával és módszerspecifikus képzettséggel egyaránt rendelkező szakember módszerspecifikus szakpszichoterápia önálló végzésére jogosult.

Pszichoterápiás módszerek: Magyarországon pszichés tünetektől szenvedő betegek/páciensek/kliensek pszichoterápiáját az alábbi módszerekben képzett, pszichoterápiás szakvizsgával rendelkező pszichoterapeuta végezhet (abc sorrendben felsorolva): aktív-analitikus pszichoterápia, autogén tréning és szimbólumterápia, családterápia, csoportanalitikus terápia, hipnoterápia, individuálszichológiai pszichoterápia, integratív terápia, jungi analitikus terápia, kognitív-viselkedésterápia (sématerápia), komplex integratív pszichoterápia, pszichoanalízis, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, pszichodráma, pszichodinamikus mozgás és táncterápia, személyközpontú terápia.

2. Ábra: A szakpszichológus pszichoterapeuta szakképződés útjai [1067]

Alapképzés - 3 év, Viselkedéselemző		
Mesterképzés - 2 év - Okleveles pszichológus (MA, MSe)		
Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt, vagy gyermek- és ifjúsági szakpszichológus (4 év)	Neuropszichológiai szakpszichológia (4 év)	Alkalmazott egészségpszichológia (3 év)

↓	<i>Propedeutika</i> (1 év)
Pszichoterapeuta képzés (2 év) + módszerspecifikus képzés + 21+3 hónap gyakorlat	

3. Ábra: A szakorvos pszichoterapeuta szakképződés útjai [1067]

Általános orvos (6 év), Fogorvos	
Elsődleges szakorvosi szakvizsga (változó időtartam)	
Pszichiáter szakorvos	<i>Egyéb (nem pszichiáter) szakorvos</i>
↓	<i>Propedeutika</i> (1 év)
Pszichoterapeuta képzés (2 év) + módszerspecifikus képzés + 21+3 hónap gyakorlat	

Pszichiáter szakorvos: pszichopatológiai állapotok diagnosztizálása, gyógyszeres kezelése és egyéb biológiai terápiája, gondozása, pszichoedukáció nyújtása, közösségi pszichiátriai ellátás, posztgraduális képzés után családgyondozás, stresszkezelés és más közösségi gondozás keretében tartozó intervenciók, alap-pszichoterápiás megközelítés alkalmazása a kezelés során.

Klinikai szakpszichológus: pszichopatológiai állapotok diagnosztizálása, gondozása, pszichoedukáció nyújtása, közösségi pszichiátriai ellátás, családgyondozás, stresszkezelés és más közösségi gondozás keretében tartozó intervenciók, alap-pszichoterápiás megközelítés alkalmazása a kezelés során.

Társszakmák képviselői: A pszichopatológiai jelenségek előfordulási köre széles spektrumú: az egészségügyi ellátórendszerben komorbiditások okán sokszor nem csak és kizárólag pszichiátriai/pszichoterápiás osztályon található a kezelő pszichológiai, pszichopatológiai jelenségekkel. Konzultatív szinten szinte minden orvosi szakmával együttműködést szükséges kialakítani a betegek és megbetegedések korszerű, bio-pszicho-szociális szemléletének megfelelően.

Egyéb szakemberek, ellátók: A fentiekén kívül szoros együttműködés szükséges még a mentálhigiénés szakemberekkel, a szociális ellátó szférában dolgozókkal (szociális munkások) és az egészségügyi ellátást segítő egyéb egyházi és civil szervezetekkel, valamint a médiával.

Pszichoterápiás osztály: a pszichoterápiás osztály feltételeit a hatályos minimumfeltételeket rögzítő rendelet és a vonatkozó hatályos jogszabály határozza meg. A pszichoterápiás osztályos fekvőbeteg ellátás során elsősorban és jellemzően csoportos és egyéni pszichoterápiás módszerekkel történik a gyógyítás pszichoterápiás osztályos reizesemben és működési rendben meghatározott keretek és feltételek között. A pszichoterápiás gyógyítást pszichiátriai gondozás, szükség esetén gyógyszeres kezelés is kiegészíti. A pszichoterápiás osztályos ellátás önkéntes, és a beteg motivációja alapján együttműködésére alapozva valósul meg, ami pszichoterápiás megállapodás (pszichoterápiás szerződés) és a gyógykezeléséhez való írásos beleegyezés egyaránt rögzít. *Szucid veszélyeztetettség, akut pszichiátriai történések esetén pszichiátriai (osztályos) ellátás szükséges.*

Szakmai felügyelet:

- Szakterületi Szakfelügyelet

Etikai szabályzat és szakma-etikai felügyelet:

- Egészségügyi Tudományos Tanács Etikai Bizottsága <https://ett.okfo.gov.hu/orvosetika/>

(Vármegyei Etikai Bizottság (VEB), Országos Etikai Bizottság)

- Etikai Kódex és Állásfoglalások: <https://ett.okfo.gov.hu/orvosetika/>

Kapcsolódó további szakmai etikai iránymutatások:

- Pszichoterápiás Tanács Szövetség Etikai Kódexe <https://www.mentalport.hu/pszichoterapias-szaknevsor/etikai-kodex/>
- Magyar Pszichiátriai Társaság, Etikai Kódex https://www.doki.net/tarsasag/pszichiatria/upload/pszichiatria/document/mpt_etikaikodex2001_20171026.pdf?web_id=76D1A8D87B4921E
- Magyar Pszichológiai Társaság, Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe: <https://mpt.hu/wp-content/uploads/2023/02/Etikai-Kodex-jelenlegi-2021-07-03-GDPR-miatt.pdf>

További szakmai szervezetek:

- Egészségügyi Szakmai Kollégium
- Magyar Pszichológiai Társaság
- Magyar Pszichiátriai Társaság
- Pszichoterápiás Tanács Szövetség
- *módszerspecifikus egyesületek (ld. vonatkozó táblázat)*

Módszerspecifikus pszichoterápiás egyesületek:

13. Táblázat: Módszerspecifikus pszichoterápiás egyesületek Magyarországon [saját szerkesztés]

EGYESÜLET NEVE	PSZICHOTERÁPIA neve	EGYESÜLET ELÉRHETŐSÉGE
1. Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete (AKAPE)	-aktív-analitikus pszichoterápia	info@aktiv-analizis.hu , akape2014@gmail.com Honlap: www.aktiv-analizis.hu
2. Csoportanalitikus és Kiképző Társaság (CSAKIT)	- csoportanalitikus pszichoterápia - specifikus csoport-pszichoterápia	csakitkepzes@gmail.com Honlap: www.csoportanalizis.wordpress.com
3. Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely (DREAM)	- DREAM-terápia - módszerspecifikus DREAM-terápia	dreamterapia@gmail.com Honlap: www.dreamterapia.hu
4. Integratív Pszichoterápiás Egyesület (IPE)	- integratív pszichoterápia - KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior	info@integrativ.hu Honlap: www.integrativ.hu
5. Magyar Csoportpszichoterápiás Egyesület (MaCsopE)		macsope@gmail.com Honlap: www.macsope.hu
6. Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület (MAPE)	-jungyi analitikus pszichoterápia	info@cgjung.hu Honlap : www.cgjung.hu
7. Magyar Családterápiás Egyesület (MCSE)	- családpszichoterápia - családterápia	Honlap: www.csaladterapia.hu
8. Magyar Hipnózis Egyesület (MHE)	- hipnoterápia	mheasszisztens@gmail.com Honlap: www.hipnozis-mhe.hu
9. Magyar Individuálpszichológiai Egyesület (MIPE)	- individuálpszichológiai pszichoterápia	sz.ferencz.edit@gmail.com Honlap: www.mipe.hu

10. Magyar Pszichoterápiás (MAKOMP)	Komplex Egyesület	- komplex integratív pszichoterápia - KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák	info@makomp.hu Honlap: www.makomp.hu
11. Magyar Táncterápiás Egyesület (MMTE)	Mozgás- és Közhasznú	- pszichodinamikus mozgás- és táncterápia	info@tanterapia.net Honlap: www.mozgasterapia.net
12. Magyar Egyesület (MPE)	Pszichoanalitikus	- pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia - pszichoanalízis (standard analízis)	info@psychoanalysis.hu Honlap: www.psychoanalysis.hu
13. Magyar Szimbólumterápiás Egyesület (MRSZE)	Relaxációs és	- autogén tréning - meditáció-imagináció - szimbólumterápia	info@relaxacio.hu Honlap: www.relaxacio.hu
14. Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Egyesület (POPKE)	Kiképző	- pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia - pszichoanalitikus pszichoterápia - pszichoanalitikus rövid pszichoterápia - fókuszált pszichodinamikus pszichoterápia	janos.harmatta@gmail.com Honlap: www.tunderhegy.hu/popke
15. Magyar Egyesület	Pszichodráma	- pszichodráma pszichoterápia - gyermek- és serdülő pszichodráma pszichoterápia - monodráma pszichoterápia	info@pszichodrama.hu Honlap: www.pszichodrama.hu
16. Magyar Pszichoterápiás és Egyesület (MaSZk PTE)	Személyközpontú és Tanácsadási	személyközpontú pszichoterápia	info@szemelykozpontu.hu Honlap: www.szemelykozpontu.hu
17. Magyar Kognitív és Egyesület (VIKOTE)	Viselkedés-, és Sématerápiás	-kognitív viselkedésterápia -sématerápia	vikote@vikote.hu Honlap: www.vikote.hu

Oktatás

Az ellátók kompetenciájának bővítése érdekében javasolt az egészségügyi szakmai irányelv tartalmának oktatása:

- pszichológus alap- és szakképzésben,
- pszichoterapeuta képzésben,
- orvos és/vagy szakorvos képzésekben,
- pszichiáter/háziorvos/egyéb orvosi szakképzésben és továbbképzésben ,
- *továbbképzésben*: kötelező szintentartó tanfolyamokon szakpszichológusoknak, pszichoterapeutáknak, pszichiátereknek, háziorvosoknak stb.,
- mentálhigiénés szakemberek képzésében,
- szakápolók, gyógytornászok, szociális munkások képzésében és továbbképzésében,
- helyi képzéseken (pl. osztályos, illetve klinikai tudományos referálók, érzékenyítő oktatások),
- pszichológiai, rehabilitációs és orvostudományi kongresszusokon.

Publikáció

Az egészségügyi szakmai irányelv rövidített változatát az Egészségügyi Közlönyben történő megjelenését követően a szerzők szükségesnek tartják pszichológiai/pszichoterápiás/onkológiai szaklapokban (Psychiatria Hungarica, Neuropsychopharmacologia Hungarica, Magyar Pszichológiai Szemle, Pszichoterápia, Orvosi Hetilap) is változtatás nélkül megjelentetni a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének,

valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet 9. § (9) bekezdésében foglaltakat figyelembe véve, ~~a későbbiekben.~~ A rövidítés tényét fel kell tüntetni.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A szakmagyakorlás tárgyi feltételeit a vonatkozó rendeletek, szabályozások és a minimumfeltételek nevesítik és rögzítik.

Kiemelt jelentőséggel bíró tárgyi feltételek:

- önálló, egyéni (két-, vagy háromszemélyes) pszichoterápiás vizsgálatra és intervencióra alkalmas iroda/helység,
- csoportos (családterápia, 10-15 fős csoport) pszichoterápiás vizsgálatra és intervencióra alkalmas helység,
- terápiás ülés, vagy vizsgálat végzésére alkalmas bútorzat (pl. relaxáció tanítására alkalmas berendezés)
- számítógép, szükséges szoftverek (tesztekhez stb.),
- pszichológiai, pszichodiagnosztika tesztek, kiértékelő eszközök
- hozzáférés nemzetközi szakirodalmakhoz

Egyéb javasolt személyi feltételek:

- (módszerspecifikus) szupervizor,
- adminisztrációs munkatárs/asszisztens

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés további javítása szükséges a hátrányos helyzetű régiótól a nagyvárosokig egyaránt: a primer prevenciótól a rehabilitációs lehetőségekig. A teljeskörű testi-lelki egészség szempontjából jelentős szerepe van az életmód mellett az életminőségnek, a pszichológiai és mentális egyensúly fenn- és megtartásának kritikus helyzetekben különösen. A pszichoterapeutáknak felelőssége van a megfelelő, bizonyítékon alapuló gyógyító módszerek alkalmazásában, a releváns ismeretek átadásában, ami hozzájárul a lakosság egészségének és egészségmagatartásának javításához, illetve szerepük van a betegségekhez kapcsolódó téves hiedelmek eloszlásában, valamint a betegségekkel járó stigmatizáltság csökkentésében, megszüntetésében. Az érzékenyítés során a társadalom szélesebb rétegei élhetnének egészség tudatosabb életet, illetve probléma, panasz észlelése esetén nagyobb valószínűséggel és időben fordulhatnak megfelelő segítséghez, terapeutához. Az időben igénybe vett egészségügyi ellátás, pszichoterápiás gyógyító tevékenység csökkenti betegség lefolyás során, vagy annak következtében keletkező költségeket.

1.4. Egyéb feltételek

Az egészségügyi szakmai irányelv hatását növelheti a társadalmi felvilágosítás, rövid tájékoztató anyagok készítése, mely eloszlatja az alaptalan hiedelmeket pszichológiai problémákkal, pszichiátriai betegségekkel kapcsolatban, helyette azonban korrekt és hiteles információt közvetít, megszüntetve a sztereotíp gondolatokat és csökkentve mentális betegséghez és problémákhoz kapcsolódó stigmatizációt.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készültek.

2.3. Táblázatok

1. Táblázat: Alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai eszközök betegcsoportonkénti felosztása ([4, 45, 48, 49] alapján saját összeállítás)

- 2. Táblázat:** Az egyes pszichoterápiás módszerek hatékonyságának értékelése a BNO főcsoportok szerint (BNO-10 alapján) /a zárójelben szereplő két betűjel az irányelvben alkalmazott rangsorolási rendszerek értékelését, tehát az adott módszer hatékonyságát alátámasztó tudományos evidenciák szintjét jelzi/ [saját szerkesztés]
- 3. Táblázat:** A pszichoterápiás módszerekhez kapcsolódó szakirodalmi háttér [saját szerkesztés]
- 4. Táblázat:** Az egyes pszichoterápiás módszerek BNO-10 szerinti indikációi, kontraindikációi, illetve relatív kontraindikációk [saját szerkesztés]
- 5. Táblázat:** Az egyes pszichoterápiás módszerek alkalmazhatóságával kapcsolatos információk: javasolt heti óraszám/gyakoriság, ellátási kör (felnőtt, gyermek, egyéni, csoportos), online alkalmazhatóság, várható hatékonyság ideje [saját szerkesztés]
- 6. Táblázat:** A BNO-10 főcsoportok szerint ajánlható pszichoterápiás módszerek a rendelkezésre álló evidenciák alapján. Az alkalmazás során terápia-kombinációk, illetve a pszichoterápia pszichofarmakoterápiás kezeléssel kombináltan is javasolt lehet. A pszichoterápiás módszerválasztásnál szükséges figyelembe venni a pszichoterápia alkalmazásának általános indikációit és feltételeit (ld. vonatkozó ajánlás). [saját szerkesztés]
- 7. Táblázat:** A depresszió pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (NICE és APA alapján)
- 8. Táblázat:** A bipoláris zavar pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)
- 9. Táblázat:** A szorongásos zavarok szakpszichológiai/pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)
- 10. Táblázat:** A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)
- 11. Táblázat:** A kényszeres/kényszerhez társuló zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)
- 12. Táblázat:** A traumával vagy stresszorzal összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)
- 13. Táblázat:** Módszerspecifikus pszichoterápiás egyesületek Magyarországon [saját szerkesztés]

2.4 Algoritmusok

- 1. Ábra:** A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás munka folyamata
- 2. Ábra:** A szakpszichológiai pszichoterapeuta szakképződés útjai [1067]
- 3. Ábra:** A szakorvosi pszichoterapeuta szakképződés útjai [1067]

1.5. Egyéb dokumentum

Nincs.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok, minőségbiztosítás

A megfelelő szakmai ellátás indikátorai egyedi és statisztikai szinten ragadhatók meg.

Egyedi szinten a beteg állapotának javulását különböző pszichológiai/pszichiátriai (objektív, tehát a vizsgáló által kitöltött) becslőskálákon, vagy a beteg által megválasztott, szubjektív, ún. önkitöltő kérdőíveken szokás rögzíteni, melyek segítségével követni lehet a beteg/kliens/páciens aktuális pszichés állapotát, szorongásának, distresszének szintjét, szenvedésnyomást okozó bizonyos panaszainak intenzitását stb.

A mindennapi pszichoterápiás gyakorlatban a szubjektív, vagy objektív tesztkitöltős módszerek (részben az időhiány miatt) kevésbé alkalmasak az ellátás színvonalának objektíválására, azért sem, mert a beteg saját állapotának sommás értékelése (romlott, változatlan, kicsit javult, sokat javult, teljesen tünetmentes) önmagában a legautentikusabb vélemény.

Megnehezíti a megbízható és teljeskörűen objektivizált minőségi értékelést, hogy:

- Gyakran előfordul, bizonyos kórállapotokban pedig protokolláris, hogy a pszichoterápiás kezelést farmakoterápia egészíti ki (nem specifikálható a beavatkozás hatása)

- A pszichoterápiás folyamat során a pszichés problémák feltárása, a személyiséggel történő munka időszakosan jelentősen növelheti a beteg distressz szintjét (szorongás, depresszív és egyéb tünetek, diszkomfort stb.). Ez az időleges állapotromlás normatív, ugyanakkor a minőségi értékelés számára komoly kihívást jelent, mert gyakran paradox módon éppen a terápiás beavatkozás hatékonyságát jelzi.
- Az eltérő pszichoterápiás módszerek különböző időtartamban és settingben végzett beavatkozásokat jelentenek, hosszúságuk és intenzitásuk is eltérő lehet, miközben a hatékonyság alapvetően hasonló.
- Nem mindenhol érhető el az első vonalban javasolt

A pszichés/pszichiátriai zavarok miatti kórházi kezelés időtartama egyedi esetekben nem lehet megbízható indikátor, hiszen a betegek egy része kétségtelenül viszonylag rövid időn belül reagál az alkalmazott terápiára, illetve kerül remisszióba, míg mások (ugyanolyan szakszerű kezelés mellett) pszichológiai kórállapota csak a második vagy harmadik terápiás beavatkozásra javul, illetve szűnik meg.

Statisztikailag megragadható (makro) szinten

- a terápiarezisztens kórállapotok aránya
- a szakrendelésről, illetve a gondozásból kikerült betegek adott időszak (pl. 1 év) alatt bekövetkező visszakérülésének rátája
- a szakrendelésről, illetve gondozásból való elbocsátás után hosszabb ideig (minimálisan 1 hónap) betegállományban lévők aránya
- a szakrendelésről, illetve gondozásból való elbocsátás (terápia lezárása) utáni 12 hónapban a megváltozott munkaképességbe („leszázalékolásra”) került betegek aránya, pszichopatológiai diagnózis okán igénybe vett betegszabadságok száma
- adott időszakon belül a szuicid kísérletek és befejezett szuicídium gyakorisága jelenthetik a megfelelő indikátorokat.

Ambulánsan kezdett terápia esetén a betegállományon és a szuicid eseményeken kívül objektív mutató lehet még a visszaesések és a megváltozott munkaképességek aránya, valamint az is, hogy az ambuláns kezelésbevétele követően egy bizonyos időn belül (pl. 1 hónap) a betegek hány százalékát kellett (akár először, akár ismételt) kórházba utalni.

Az ellátás további egyedi indikátorai

- Betegelégedettség
- Szubjektív értékelő-skálák

Az ellátás statisztikai indikátorai továbbá:

- A (szak)ellátásba kerülő betegek pszichoszociális állapotának felmérése és nyomonkövetése validált eszköz segítségével: rizikósűrítés (kívánalom: 100%).
- A nagy rizikóval rendelkező kiszűrt betegek pszichoterápiás (osztályos, ambuláns, magán) ellátásba kerülésének aránya (kívánalom 100%).
- Dokumentált pszichoterápiás eljárások (tesztvizsgálat, terápia, vizsgálat, konzultáció stb.).
- Pszichopatológiai diagnózisok (dgn, db).
- Pszichoszociális és pszichoterápiás intervenciók száma:
 - terápiás ülések száma,
 - gondozott/ellátott betegek száma.
- A szakember szupervízióval / intervízióval töltött óráinak száma, szupervízióra igénybe vett órák száma
- A szakember munkájának értékelése / szakmai minősítése szempontjából az általános minősítési szempontokon túl szükséges figyelembe venni, hogy a szakember végez e oktatási tevékenységet, ellát e vezetői feladatokat, végez e kutatási vagy egyéb tudományos feladatot stb. Az értékelést annak a felettesnek/vezetőnek szükséges végeznie, aki tényleges rálátással rendelkezik és relevánsan meg tudja ítélni az adott munkatárs szakmai munkáját.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejártá előtt fél évvel kezdődik el.

Soron kívüli felülvizsgálat az egészségügyi szakmai irányelv érvényességén belül bármikor, ha a szakmai irodalomban, vagy az ellátói környezetben olyan mértékű változás következne be, amely indokolná azt, hogy a felülvizsgálatra a tervezett felülvizsgálat időpontjánál korábban kerüljön sor.

A felülvizsgálat megkezdésének szükségességére az egészségügyi szakmai irányelvet benyújtó tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztő csoport minden tagját, illetve a Tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.

A fejlesztő csoport vezetői folyamatosan követik az egészségügyi szakmai irányelv alapjául szolgáló külföldi és hazai szakmai irányelveket és releváns szakirodalmi forrásokat.

IX. IRODALOM

1. Kovács P, Gonda X, Csigó K, Kiss DB, Purebl Gy. A pszichoterápiás beavatkozások hatékonysága: a szakmai irányelvek lehetőségei – módszertani konszenzus javaslat. *NEUROPSYCHOPHARMACOLOGIA HUNGARICA* 2023. XXV. ÉVF. 1. szám, 26-34.
<https://mppt.hu/magazin/pdf/vol25issue1/v25i1p26.pdf>
2. Baird, A. G., & Lawrence, J. R. (2014). Guidelines: is bigger better? A review of SIGN guidelines. *BMJ open*, 4(2), e004278. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918980/>
3. Intercollegiate Guidelines Network, S. (2008). SIGN 50: A guideline developer's handbook.
4. US Preventive Services Task Force. (2012). Grade Definitions. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions>
5. Európai Gazdasági és Szociális Bizottság vélemény – Tárgy: „Zöld könyv – A népesség mentális egészségének javításáról, az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából”. 2006/C 195/11. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52006AE0739&from=NL>
6. Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A., & Degtiar, I. (2014). A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013. *Psychiatric services*, 65(8), 977-987. DOI: 10.1176/appi.ps.201300059
7. A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja/A pszichoterápiás módszerek szakmai protokollja/A szocioterápia szakmai protokollja, Túry F., Bagdy E. (szerk.). Grafológiai Intézet, 2005. <https://docplayer.hu/670321-Pszichoterapias-modszererek-protokollja.html>
8. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Anxiety disorders Quality standard; 2014 www.nice.org.uk/guidance/qs53 Accessed October 28, 2021.
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bipolar disorder in adults - Quality standard; 2015. www.nice.org.uk/guidance/qs95. Accessed September 20, 2021.
10. McQuaid JR, Lin EH, Barber JP, et al; American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. Washington DC: American Psychological Association; 2019.
11. Courtois, CA., Sonis, J., Brown, LS. et al; American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD. Washington DC: American Psychological Association; 2017.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: recognition and management - Clinical guideline; 2009. www.nice.org.uk/guidance/cg90. Accessed September 18, 2021.
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management - Clinical guideline; 2011. www.nice.org.uk/guidance/cg113. Accessed September 18, 2021.
14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment - Clinical guideline; 2005. www.nice.org.uk/guidance/cg31. Accessed September 22, 2021.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Personality disorders: borderline and antisocial - Quality standard; 2015. www.nice.org.uk/guidance/qs88. Accessed September 21, 2021.

16. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. Washington DC: American Psychological Association; 2007.
17. [30] Hirschfeld R, Bowden C, Gitlin M, et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition. Washington DC: American Psychological Association; 2010.
18. Oldham J, Gabbard G, Gain M; et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Washington DC: American Psychiatric Association; 2010.
19. Stein M, Goin M, Pollack M, et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. Washington DC: American Psychiatric Association; 2010.
20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder - NICE guideline; 2018. www.nice.org.uk/guidance/ng116. Accessed September 21, 2021.
21. [34] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment - Clinical guideline; 2013. www.nice.org.uk/guidance/cg159. Accessed September 19, 2021.
22. Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról Egészségügyi Közlöny, LXXIII. ÉVFOLYAM 6. szám V. rész 610-725.o. <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf>
23. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek. Egészségügyi Közlöny 2021;71(12):970-1301
24. Egészségügyi szakmai irányelv – Az onkopszichológiai ellátásról Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam 19. szám, V. rész 1955-2007.o. <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2021/19.pdf>
25. Egészségügyi szakmai irányelv – Telementális egészségügyi szolgáltatás nyújtása a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és mentálhigiénés ellátásban Egészségügyi Közlöny, LXXII. ÉVFOLYAM 5. szám, V. rész 704-724.o. <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2022/5.pdf>
26. Németh A, Füredi J, Lazáry J, Somlai Zs. A pszichiátriai magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Kiadó; 2020.
27. World Health Organization (WHO). BNO-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.); 2019. <https://icd.who.int/>. Accessed September 16, 2021.
28. American Psychiatric Association (APA). DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer. Budapest: Oriold és Társai; 2016.
29. Szónyi G. A pszichoterápia tankönyve. Budapest: Medicina Kiadó; 2015.
30. BNO-10 zsebkönyv. DSM-IV-TR meghatározásokkal. Kiadó, Animula Kiadó. Kiadás éve, 2001.
31. Horváth Zs, Urbán R, Kökönyei Gy, Demetrovics Zs. Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban. Budapest: Medicina Kiadó; 2021
32. Perczel-Forintos D, Ajtay Gy, Barna Cs, Kiss Zs, Komlósi S. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2018.
33. Csígyó K. (2018): A Rorschach-teszt klinikai alkalmazása. Budapest: Medicina Kiadó; 2018.
34. Purebl Gy. Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Budapest: Oriold és Társai; 2018.
35. Bagdy E. Quo Vadis magyar klinikai pszichológia?. Alkalmazott Pszichológia 2010;12(3-4):109-124.
36. Barlow DH. The Oxford Handbook of Clinical Psychology: updated edition. Oxford: Oxford University Press; 2014.
37. Kapitány-Fővény M, Koncz Zs, Varga SK. Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Kiadó; 2019.
38. Wasserman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012;27:129-41.

Aktív-analízis

39. C. Molnár Emma, Szakács Katalin, Ormay István: Közös gondolatok az aktív-analitikus hagyományban és a mai pszichoterápiás elméletekben. *Pszichoterápia, 2007 december*
40. Feldmann Sándor: Az ideges félelem és egyéb fejezetek a pszichopatológia köréből. (A pszichoanalízis alkalmazása az orvosi gyakorlatba.) Mai Henrik és fia Bp., 1925.
41. Feldmann Sándor: A nő ösztönélete. Mai Henrik és fia Bp. 1926.
42. Gartner Pál: Ösztön, kultúra, illúziók. Novák Rudolf és társa Bp., 1934.
43. Gartner Pál: Lélektan és kórlélektan. Novák Rudolf és társa Bp

44. Hárs Gy.: A „bécsi és budapesti stekel” arcai a freud-ferenczi levelezésben. In.: Thalassa 2007, 2-3: 97-120.
45. Stekel W.: Technique of analytical psychotherapy. New York Liveright Publishing Corporation 1939, 1950.
46. Stekel W.: Die Sprache des Traumes. Verlag Berlin Heidelberg GmbH 1922.
47. Stekel W.: Üzenet az anyáknak. I-II-III. Novák Rudolf és társa Bp.
48. Stern, D.N.: A csecsemő személyközi világa. Animula Bp. 2002.
49. Szinetár E.: Neurózist okozó konfliktusok tipologizálási kísérlete. In.: A Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Bizottságának Pszichológiai tanulmányok című 1967. évi x. kötetéből. Bp. 1967.
50. Szinetár E.-Buda B.: Szempontok a rövid, intenzív, egyéni pszichoterápia elméletéhez és módszertanához, és ezek alkalmazása a kiképző pszichoterápiában. Fővárosi Módszertani Központ.
51. Szőnyi G., Füredi J.: A pszichoterápia tankönyve. Medicina 2000.
52. The autobiography of Wilhelm Stekel. Szerkesztette: Dr. Emil A. Gutheil., Liveright Publishing Corporation New York.
53. Werthmann, Hans-Volker: Sigmund Freud és Wilhelm Stekel álomértelmezése *Pszichoterápia 2008 április*
54. C. Molnár E.: A szándék jelentősége. akape, *Kézirat*
55. C. Molnár E.: Morálpeszichológia és a kötődés dinamikája az aktív-analízis felfogásában. akape 2011. *Kézirat*
56. C. Molnár E.: Az analitikus iskolák eltérő emberképe. akape *Kézirat*
57. C. Molnár E.: Stekel felfogása a neurózisról. akape *Kézirat*
58. C. Molnár E.: Aktív-analízis morálpeszichológiája. akape *Kézirat*
59. C. Molnár E., Ormay I.: Az aktív-analízis elméleti keretei, terápiás felfogása. akape *Kézirat*
60. C. Molnár E., Ormay I.: Az aktív-analízis bemutatása. akape *Kézirat*
61. Koczur Anita: Wilhelm Stekel – Mai szemmel. Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet diplomamunka, 2015

Autogén tréning és szimbólumterápia

62. Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & mental health*, 19(12), 1043–1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.997191>
63. Arias, A. J., Steinberg, K., Banga, A., & Trestman, R. L. (2006). Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 12(8), 817–832. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.817>
64. Li, M., Wang, L., Jiang, M., Wu, D., Tian, T., & Huang, W. (2020). Relaxation techniques for depressive disorders in adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(3), 219–226. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1764587>
65. Kohlert, A., Wick, K., & Rosendahl, J. (2022). Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *International journal of behavioral medicine*, 29(5), 531–542. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10038-6>
66. Seo, E., Hong, E., Choi, J., Kim, Y., Brandt, C., & Im, S. (2018). Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. *Complementary therapies in medicine*, 39, 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.05.005>
67. Álvarez-Melcón, A. C., Valero-Alcaide, R., Atín-Arratibel, M. A., Melcón-Álvarez, A., & Benoit-Montesinos, J. V. (2018). Effects of physical therapy and relaxation techniques on the parameters of pain in university students with tension-type headache: A randomised controlled clinical trial. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 33(4), 233–243. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.06.008>
68. Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC psychiatry*, 8, 41. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>
69. Francesco, P., Mauro, M. G., Gianluca, C., & Enrico, M. (2010). The efficacy of relaxation training in treating anxiety. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(3-4), 264–269. <https://doi.org/10.1037/h0100887>

70. Kim, H. S., & Kim, E. J. (2018). Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 32(2), 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015>
71. Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 53(6), 729–735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03779.x>
72. Crawford, C., Wallerstedt, D. B., Khorsan, R., Clausen, S. S., Jonas, W. B., & Walter, J. A. (2013). A systematic review of biopsychosocial training programs for the self-management of emotional stress: potential applications for the military. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2013, 747694. <https://doi.org/10.1155/2013/747694>
73. Goldbeck, L., & Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1046–1054. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070244.24125.F>
74. Narisada, Akihiko & T, Hasegawa & M, Nakahigashi & T, Hirobe & Ushida, Takahiro & Kobayashi, Fumio. (2017). Effects of Autogenic Training on Heart Rate Variability and Heart Rate Recovery in Japanese Obese/Overweight Male Workers. *Journal of Obesity & Weight Loss Therapy*. 07. 10.4172/2165-7904.1000340.
75. Lim, S. J., & Kim, C. (2014). Effects of autogenic training on stress response and heart rate variability in nursing students. *Asian nursing research*, 8(4), 286–292. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.06.003>
76. Seo, E., & Kim, S. (2019). Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(4), 361–374. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.4.361>
77. Juan M. Guiote, Vanessa Lozano, Miguel Ángel Vallejo, Blanca Mas, (2022) Autogenic meditation training in a randomized controlled trial: A framework for promoting mental health and attention regulation in children, *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, Volume 27, Issue 1, Pages 47-55, ISSN 2530-3805, <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2021.10.002>.
78. Aivazyan, T. A., & Zaitsev, V. P. (2018) The effectiveness of autogenic training in the psycho-corrective treatment of the patients presenting with chronic somatic diseases. *Voprosy kurortologii, fizioterapii, i lechebnoi fizicheskoi kultury*, 95(3), 11–15. <https://doi.org/10.17116/kurort201895311>
79. Hashim, H. A., & Hanafi Ahmad Yusof, H. (2011). The effects of progressive muscle relaxation and autogenic relaxation on young soccer players' mood states. *Asian journal of sports medicine*, 2(2), 99–105. <https://doi.org/10.5812/asjrm.34786>
80. van Dixhoorn, J., & White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 12(3), 193–202. <https://doi.org/10.1097/00149831-200506000-00002>
81. Rucka, K., & Talarowska, M. (2022). The Impact of One-Time Relaxation Training on Attention Efficiency Measured by Continuous Performance Test in Depressive Disorders. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6473. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116473>
82. Uzma, Ali & Hasan, Shazia. (2010). The Effectiveness of Relaxation Therapy in the Reduction of Anxiety Related Symptoms (A Case Study). *International Journal of Psychological Studies*. 2. 10.5539/ijps.v2n2p202.
83. Yurdakul, L., Holttum, S., & Bowden, A. (2009). Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: a grounded theory study. *Psychology and psychotherapy*, 82(Pt 4), 403–419. <https://doi.org/10.1348/147608309X444749>
84. Miu, A. C., Heilman, R. M., & Miclea, M. (2009). Reduced heart rate variability and vagal tone in anxiety: trait versus state, and the effects of autogenic training. *Autonomic neuroscience : basic & clinical*, 145(1-2), 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.autneu.2008.11.010>
85. Ozamiz-Etxebarria Naiara, Santamaria María Dosil, Munitis Amaia Eiguren, Gorrotxategi Maitane Picaza (2020) Reduction of COVID-19 Anxiety Levels Through Relaxation Techniques: A Study Carried Out in Northern Spain on a Sample of Young University Students, *Frontiers in Psychology*, Vol 11 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.02038> DOI 10.3389/fpsyg.2020.02038 ISSN=1664-1078

86. Magalhães, C. L., Montgomery, D. D., Magalhães, E. S., & Ngim, J. (2014). Physiological Monitoring and Biofeedback-Assisted Relaxation Training for Panic Disorder in a Case of Complex Developmental Trauma. *Clinical Case Studies*, 13(3), 231–249. <https://doi.org/10.1177/1534650113507745>
87. Mitani, S., Fujita, M., Sakamoto, S., & Shirakawa, T. (2006). Effect of autogenic training on cardiac autonomic nervous activity in high-risk fire service workers for posttraumatic stress disorder. *Journal of psychosomatic research*, 60(5), 439–444. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.09.005>
88. Kizakevich, P. N., Eckhoff, R. P., Lewis, G. F., Davila, M. I., Hourani, L. L., Watkins, R., Weimer, B., Wills, T., Morgan, J. K., Morgan, T., Meleth, S., Lewis, A., Krzyzanowski, M. C., Ramirez, D., Boyce, M., Litavec, S. D., Lane, M. E., & Strange, L. B. (2019). Biofeedback-Assisted Resilience Training for Traumatic and Operational Stress: Preliminary Analysis of a Self-Delivered Digital Health Methodology. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(9), e12590. <https://doi.org/10.2196/12590>
89. Staples, J. K., Abdel Atti, J. A., & Gordon, J. S. (2011). Mind-body skills groups for posttraumatic stress disorder and depression symptoms in Palestinian children and adolescents in Gaza. *International Journal of Stress Management*, 18(3), 246–262. <https://doi.org/10.1037/a0024015>
90. Stanton, A. M., Hixon, J. G., Nichols, L. M., & Meston, C. M. (2018). One Session of Autogenic Training Increases Acute Subjective Sexual Arousal in Premenopausal Women Reporting Sexual Arousal Problems. *The journal of sexual medicine*, 15(1), 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.012>
91. Amon, Krestina & Campbell, Andrew. (2008). Can children with AD/HD learn relaxation and breathing techniques through biofeedback video games. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*. 8. 72-84.
92. Klott, Oliver. (2013). Autogenic Training - A self-help technique for children with emotional and behavioural problems. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. 34. 152-158. [10.1108/TC-09-2013-0027](https://doi.org/10.1108/TC-09-2013-0027).
93. Dobos, D., Szabó, E., Baksa, D., Gecse, K., Kocsel, N., Pap, D., Zsombók, T., Kozák, L. R., Kökönyei, G., & Juhász, G. (2022). Regular Practice of Autogenic Training Reduces Migraine Frequency and Is Associated With Brain Activity Changes in Response to Fearful Visual Stimuli. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 15, 780081. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2021.780081>
94. Kang, E. H., Park, J. E., Chung, C. S., & Yu, B. H. (2009). Effect of biofeedback-assisted autogenic training on headache activity and mood states in Korean female migraine patients. *Journal of Korean medical science*, 24(5), 936–940. <https://doi.org/10.3346/jkms.2009.24.5.936>
95. Marques, D.R. (2019) “Time to relax”: considerations on relaxation training for insomnia disorder. *Sleep Biol. Rhythms* 17, 263–264 <https://doi.org/10.1007/s41105-018-00203-y>
96. Bowden, A., Lorenc, A., & Robinson, N. (2012). Autogenic Training as a behavioural approach to insomnia: a prospective cohort study. *Primary health care research & development*, 13(2), 175–185. <https://doi.org/10.1017/S1463423611000181>
97. Robinson, Nicola & Bowden, Ann & Lorenc, Ava. (2010). Can improvements in sleep be used as an indicator of the wider benefits of Autogenic Training and CAM research in general?. *European Journal of Integrative Medicine*. 2. 57-62. [10.1016/j.eujim.2010.03.001](https://doi.org/10.1016/j.eujim.2010.03.001).
98. Goto, F., Tsutsumi, T., Kabeya, M., & Ogawa, K. (2012). Outcomes of autogenic training for patients with chronic subjective dizziness. *Journal of psychosomatic research*, 72(5), 410–411. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.01.017>
99. Naglatzki, R. P., Schlamann, M., Gasser, T., Ladd, M. E., Sure, U., Forsting, M., & Gizewski, E. R. (2012). Cerebral somatic pain modulation during autogenic training in fMRI. *European journal of pain (London, England)*, 16(9), 1293–1301. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00138.x>
100. Akira Ikemi, The psychological significance and extensions of autogenic training, (2006) *International Congress Series*, Volume 1287, Pages 225-229, ISSN 0531-5131, ISBN 9780444521675, <https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.11.062>.
101. Masato Murakami, Kazuyoshi Koike, Mutsumi Ashihara, Toshio Matsuno, Mami Tazoe, Taisaku Katsura, (2006) Recent advance of autogenic training in clinical practice of psychosomatic medicine in Japan, *International Congress Series*, Volume 1287, Pages 240-245, ISSN 0531-5131, ISBN 9780444521675, <https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.12.054>.

102. Dickinson, H. O., Campbell, F., Beyer, F. R., Nicolson, D. J., Cook, J. V., Ford, G. A., & Mason, J. M. (2008). Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults. The Cochrane database of systematic reviews, (1), CD004935. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004935.pub2>
103. Kim, D. K., Lee, K. M., Kim, J., Whang, M. C., & Kang, S. W. (2013). Dynamic correlations between heart and brain rhythm during Autogenic meditation. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 414. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00414>
104. Levine, G. N., Lange, R. A., Bairey-Merz, C. N., Davidson, R. J., Jamerson, K., Mehta, P. K., Michos, E. D., Norris, K., Ray, I. B., Saban, K. L., Shah, T., Stein, R., Smith, S. C., Jr, & American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Hypertension (2017). Meditation and Cardiovascular Risk Reduction: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(10), e002218. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.002218>
105. Sahdev Singh, V., & Premavathy, R. (2022). Assess the effectiveness of autogenic training exercise on stress among cancer patients. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 9(7), 2970-2973. doi:<http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20221768>
106. G. Marafante, L. Bidin, P. Seghini, L. Cavanna, (2016) N08 - Mood and distress in cancer patients after Autogenic Training (AT): a pilot study in an Italian Oncologic Unit, *Annals of Oncology*, Volume 27, Supplement 4, 2016, Page iv93, ISSN 0923-7534, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw342.08>.
107. Minowa, C., & Koitabashi, K. (2014). The effect of autogenic training on salivary immunoglobulin A in surgical patients with breast cancer: a randomized pilot trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 193–196. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.001>
108. Ramirez-Garcia, Pilar & Leclerc-Loiselle, Jérôme & Côté, José & Brouillette, Marie-Josée & Thomas, Réjean. (2022). The process of learning the autogenic training relaxation technique and its benefits on the wellness of people living with HIV. *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 22. 10.1186/s12906-022-03557-6.
109. Ruby Behal, (2022) A pre-experimental study to assess the effectiveness of autogenic training on stress among under graduate nursing students at selected colleges in Bangalore city. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 10(10) October 2022
110. Isabel Useros-Olmo, A., PhD, PT, Martínez-Pernía, D., & Huepe, D., PhD (2020). The effects of a relaxation program featuring aquatic therapy and autogenic training among people with cervical dystonia (a pilot study). *Physiotherapy theory and practice*, 36(4), 488–497. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1488319>
111. Caponnetto, P., Magro, R., Inguscio, L., & Cannella, M. C. (2019). Quality of life, work motivation, burn-out and stress perceptions benefits of a stress management program by autogenic training for emergency room staff: A pilot study. *Mental illness*, 10(2), 7913. <https://doi.org/10.4081/mi.2018.7913>
112. Zhang, Huiqin & Li, Aimin & Zhu, Boheng & Niu, Yanyan & Ruan, Zheng & Liu, Lihong & Gao, Xiaoling & Wang, Kun & Yin, Lu & Peng, Mao & Xue, Qing & Leng, Haixia & Min, Baoquan & Tian, Qing & Wang, Chunxue & Yang, Yuan & Zhu, Zhou & Si, Tianmei & Li, Wei & Wang, Hongxing. (2020). COVID-19 pandemic: Study on simple, easy, and practical relaxation techniques while wearing medical protective equipment. *Psychological Medicine*. 52. 1-16. 10.1017/S0033291720003220.
113. Gibbons, H. (2015) The Effectiveness of Autogenic Training for Occupational Health and Safety in High Risk Industries: Mining and Police in Australia, *Autogenic Training Institute*, https://www.academia.edu/33471717/The_Effectiveness_of_Autogenic_Training_for_Occupational_Health_and_Safety_in_High_Risk_Industries_Mining_and_Police_in_Australia
114. Mishima, Norio & Goto, Tadashi & Kubota, Shinya & Nagata, Shoji. (2006). Present conditions and problems of applying autogenic training to promote mental health in the workplace. *International Congress Series*. 1287. 230-234. 10.1016/j.ics.2005.11.069.
115. Feruglio, S., Pascut, S., Matiz, A., Paschetto, A., & Crescentini, C. (2022). Effects of Mind-Body Interventions on Adolescents' Cooperativeness and Emotional Symptoms. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 12(2), 33. <https://doi.org/10.3390/bs12020033>
116. de Rivera Luis, Ozamiz-Etxebarria Naiara, Dosil-Santamaría María, de Rivera-Monterrey Leonor (2021) Autogenic Training Improves the Subjective Perception of Physical and Psychological Health and of Interpersonal Relational Abilities: An Electronic Field Survey During the COVID-19 Crisis in Spain. *Frontiers in Psychology*. Vol 12 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.616426> DOI=10.3389/fpsyg.2021.616426 ISSN=1664-1078

117. Deolindo, C. S., Ribeiro, M. W., Aratanha, M. A., Afonso, R. F., Irrmischer, M., & Kozasa, E. H. (2020). A Critical Analysis on Characterizing the Meditation Experience Through the Electroencephalogram. *Frontiers in systems neuroscience*, 14, 53. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2020.00053>
118. Kim, D. K., Rhee, J. H., & Kang, S. W. (2014). Reorganization of the brain and heart rhythm during autogenic meditation. *Frontiers in integrative neuroscience*, 7, 109. <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00109>
119. Bhasin, M. K., Dusek, J. A., Chang, B. H., Joseph, M. G., Denninger, J. W., Fricchione, G. L., Benson, H., & Libermann, T. A. (2013). Relaxation response induces temporal transcriptome changes in energy metabolism, insulin secretion and inflammatory pathways. *PloS one*, 8(5), e62817. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062817>
120. Bastien Wagener (2013) Autogenic training, metacognition and higher education, *Educational Psychology*, 33:7, 849-861, DOI: 10.1080/01443410.2013.785051
121. Cowings, P.S., Toscano, W., Reschke, M.F., Gebreyesus, F., & Rocha, C. (2017). Autogenic-Feedback Training Exercise (AFTE) Mitigates the Effects of Spatial Disorientation to Simulated Orion Spacecraft Re-Entry: Individual Differences
122. Mikicin, M., Orzechowski, G., Jurewicz, K., Paluch, K., Kowalczyk, M., & Wróbel, A. (2015). Brain-training for physical performance: a study of EEG-neurofeedback and alpha relaxation training in athletes. *Acta neurobiologiae experimentalis*, 75(4), 434–445.
123. Vodde, T.W. (2018). Effect of progressive muscular relaxation technique and autogenic relaxation technique on pre competitive state anxiety and self-confidence in athletes. <https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-progressive-muscular-relaxation-technique-Vodde/ce8643fbfdbaa225fd7e963f01d2380912e6fce0>
124. Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 345–370. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.006>
125. Giacobbi, P. R., Jr, Stabler, M. E., Stewart, J., Jaeschke, A. M., Siebert, J. L., & Kelley, G. A. (2015). Guided Imagery for Arthritis and Other Rheumatic Diseases: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(5), 792–803. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.01.003>
126. Zech, N., Hansen, E., Bernardy, K., & Häuser, W. (2017). Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of pain (London, England)*, 21(2), 217–227. <https://doi.org/10.1002/ejp.933>
127. Sinha, M. K., Barman, A., Goyal, M., & Patra, S. (2021). Progressive Muscle Relaxation and Guided Imagery in Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Indian journal of palliative care*, 27(2), 336–344. https://doi.org/10.25259/IJPC_136_21
128. De Paolis, G., Naccarato, A., Cibelli, F., D'Alete, A., Mastroianni, C., Surdo, L., Casale, G., & Magnani, C. (2019). The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patients: A multicentre randomised controlled non-pharmacological trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 34, 280–287. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.12.014>
129. Roffe, L., Schmidt, K., & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-oncology*, 14(8), 607–617. <https://doi.org/10.1002/pon.889>
130. Hadjibalassi, M., Lambrinou, E., Papastavrou, E., & Papathanassoglou, E. (2018). The effect of guided imagery on physiological and psychological outcomes of adult ICU patients: A systematic literature review and methodological implications. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 31(2), 73–86. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.03.001>
131. Conroy, D., & Hagger, M. S. (2018). Imagery interventions in health behavior: A meta-analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(7), 668–679. <https://doi.org/10.1037/hea0000625>
132. Fink, N. S., Urech, C., Isabel, F., Meyer, A., Hoesli, I., Bitzer, J., & Alder, J. (2011). Fetal response to abbreviated relaxation techniques. A randomized controlled study. *Early human development*, 87(2), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.11.011>
133. Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E. D., Blanchet, C., Dodin, S., & Njoya, M. M. (2011). Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011(7), CD007559. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007559.pub2>

134. Jallo, N., Ruiz, R. J., Elswick, R. K., Jr, & French, E. (2014). Guided imagery for stress and symptom management in pregnant african american women. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2014, 840923. <https://doi.org/10.1155/2014/840923>
135. Kövesdi A. (2019). A reziliencia fejlesztése testi tudatossággal. *Testképek a gyógyításban*. Fehér P., Kövesdi A. Szemerey M. (szerk.). L'Harmattan Kiadó, Budapest. pp. 105-125.
136. Hunt, M., Bylsma, L., Brock, J., Fenton, M., Goldberg, A., Miller, R., Tran, T., & Urgelles, J. (2006). The role of imagery in the maintenance and treatment of snake fear. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(4), 283–298. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.12.002>
137. Arntz, A. (2012) Imagery Rescripting as a Therapeutic Technique: Review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, Volume 3, Issue 2, 189–208. ISSN 2043-8087 / DOI:10.5127/jep.024211
138. Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 49(Pt B), 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.003>
139. Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*, 117(1), 210–232. <https://doi.org/10.1037/a0018113>
140. Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.005>
141. Ten Napel-Schutz, M. C., Vroling, M., Mares, S. H. W., & Arntz, A. (2022). Treating PTSD with Imagery Rescripting in underweight eating disorder patients: a multiple baseline case series study. *Journal of eating disorders*, 10(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00558-1>
142. Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olf, M., & Kindt, M. (2015). Imagery Rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 48, 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.013>
143. Keresztes, M., Rudisch, T., Tajti, J., Ocsovszki, I., & Gardi, J. (2007). Granulocyte activation in humans is modulated by psychological stress and relaxation. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 10(3), 271–281. <https://doi.org/10.1080/10253890701248079>
144. Edwards D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: some historical notes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 306–316. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.001>
145. Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2015). Mental imagery: Functional mechanisms and clinical applications. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(10), 590–602. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.08.003>
146. Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour research and therapy*, 47(7), 569–576. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.03.008>
147. Wheatley, J., Brewin, C. R., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). I'll believe it when I can see it: imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 371–385. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.08.005>
148. Arntz, A. (2011) Imagery Rescripting for Personality Disorders, *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 18, Issue 4, Pages 466-481, ISSN 1077-7229, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.006>.
149. Tóth Gabriella Csilla (2022) Farmakoterápia és autogén terápia: AT-Szimbólumterápia-SBCs meditáció kombinációjának lehetőségei pszichiátriai magánrendelésen. In Horváthné Schmidt Ilona, Németh Marietta (szerk) *Testtől lélekig. A Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület tematikus kiadványa*, 165-181. p.
150. Andrade J, May J, Kavanagh D. Sensory Imagery in Craving: From Cognitive Psychology to New Treatments for Addiction. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2012;3(2):127-145. doi:10.5127/jep.024611
151. Satija, A., & Bhatnagar, S. (2017). Complementary Therapies for Symptom Management in Cancer Patients. *Indian journal of palliative care*, 23(4), 468–479. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_100_17
152. King K. A Review of the Effects of Guided Imagery on Cancer Patients with Pain. *Complementary health practice review*. 2010;15(2):98-107. doi:10.1177/1533210110388113

153. Freeman, L., Cohen, L., Stewart, M., White, R., Link, J., Palmer, J. L., Welton, D., McBride, L., & Hild, C. M. (2008). The experience of imagery as a post-treatment intervention in patients with breast cancer: program, process, and patient recommendations. *Oncology nursing forum*, 35(6), E116–E121. <https://doi.org/10.1188/08.onf.e116-e121>
154. Berna, C., Tracey, I., & Holmes, E. A. (2012). How a Better Understanding of Spontaneous Mental Imagery Linked to Pain Could Enhance Imagery-Based Therapy in Chronic Pain. *Journal of experimental psychopathology*, 3(2), 258–273. <https://doi.org/10.5127/jep.017911>
155. Onieva-Zafra, M. D., Parra-Fernández, M. L., & Fernandez-Martinez, E. (2019). Benefits of a Home Treatment Program Using Guided Imagery Relaxation Based on Audio Recordings for People With Fibromyalgia. *Holistic nursing practice*, 33(2), 111–120. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000317>
156. Bezaee, Y., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Griffiths, P., & Vaismoradi, M. (2018). The effect of guided imagery on anxiety, depression and vital signs in patients on hemodialysis. *Complementary therapies in clinical practice*, 33, 184–190. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.10.008>
157. Vincent A. Parnabas , Yahaya Mahamood , Julinamary Parnabas , Nagoor Meera Abdullah (2014). The Relationship between Relaxation Techniques and Sport Performance. *Universal Journal of Psychology*, 2(3), 108 - 112. DOI: 10.13189/ujp.2014.020302.
158. Agnati, L. F., Guidolin, D., Battistin, L., Pagnoni, G., & Fuxe, K. (2013). The neurobiology of imagination: possible role of interaction-dominant dynamics and default mode network. *Frontiers in psychology*, 4, 296. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00296>
159. Ji, J. L., Heyes, S. B., MacLeod, C., & Holmes, E. A. (2016). Emotional Mental Imagery as Simulation of Reality: Fear and Beyond-A Tribute to Peter Lang. *Behavior therapy*, 47(5), 702–719. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.004>
160. Trakhtenberg E. C. (2008). The effects of guided imagery on the immune system: a critical review. *The International journal of neuroscience*, 118(6), 839–855. <https://doi.org/10.1080/00207450701792705>
161. Friebel V. (1994). Entspannungstraining für Kinder--eine Literaturübersicht [Relaxation training for children--a review of the literature]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43(1), 16–21.
162. Labbe, E. E. (1995). Treatment of childhood migraine with autogenic training and skin temperature biofeedback: A component analysis. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 35(1), 10-13.
163. Larsson, B., & Carlsson, J. (1996). A school-based, nurse-administered relaxation training for children with chronic tension-type headache. *Journal of pediatric psychology*, 21(5), 603–614. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.5.603>
164. Hamdani, S. U., Zill-E-Huma, Zafar, S. W., Suleman, N., Um-UI-Baneen, Waqas, A., & Rahman, A. (2022). Effectiveness of relaxation techniques 'as an active ingredient of psychological interventions' to reduce distress, anxiety and depression in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health systems*, 16(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00541-y>
165. Friebel V. (1994). Entspannungstraining für Kinder--eine Literaturübersicht [Relaxation training for children--a review of the literature]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43(1), 16–21.
166. Zisopoulou, T., & Varvogli, L. (2023). Stress Management Methods in Children and Adolescents: Past, Present, and Future. *Hormone research in paediatrics*, 96(1), 97–107. <https://doi.org/10.1159/000526946>
167. Goldbeck, L., & Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1046–1054. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070244.24125.F>
168. Juan M. Guiote, Vanessa Lozano, Miguel Ángel Vallejo, Blanca Mas, (2022) Autogenic meditation training in a randomized controlled trial: A framework for promoting mental health and attention regulation in children, *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, Volume 27, Issue 1, Pages 47-55, ISSN 2530-3805, <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2021.10.002>.
169. Guiote, M.D., Lozano, V., Vallejo, M.A., Mas, B. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)* Volume 27, Issue 1, January–June 2022, Pages 47-55 Autogenic meditation training in a randomized controlled trial: A framework for promoting mental health and attention regulation in children
170. Micah R. Sadigh (2019) *Autogenic Training: A Mind-Body Approach to the Treatment of Chronic Pain Syndrome and Stress-Related Disorders*, 3d ed. McFarland
171. Jojić, B. R., & Laposavić, L. M. (2005). Srpski arhiv za celokupno lekarstvo [Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents], 133(9-10), 424–428. <https://doi.org/10.2298/sarh0510424j>

172. Gordon, J. S., Staples, J. K., Blyta, A., Bytyqi, M., & Wilson, A. T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(9), 1469–1476.
173. Gould, S.J. (2009). Introspection, meditation and metacognition: How aware or unaware of myself can I be? In C.B. Larson (Ed.), *Metacognition: New research developments* (pp. 255-263). New York: Nova Science Publishers, Inc.
174. Chambers, R., Cheun Yee Lo, B., & Allen, N.B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 303-322.
175. Cahn, B.R., & Polich, J. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211
176. Schilling L, Moritz S, Kriston L, Krieger M, Nagel M. *Psychiatry Res.* 2018 Apr;262:459-464. doi: 10.1016/j.psychres. 2017.09.024. Epub 2017 Sep 11. Efficacy of metacognitive training for patients with borderline personality disorder: Preliminary results.
177. Amelia M. Stanton, BA, J. Gregory Hixon, PhD, Lindsey M. Nichols, BA, and Cindy M. Meston, PhD (2018) One Session of Autogenic Training Increases Acute Subjective Sexual Arousal in Premenopausal Women Reporting Sexual Arousal Problems *The Journal of Sexual Medicine* 2018;15(11):1558-1565.
178. M. Pinheiro, D. Mendes, J. Pais, N. Carvalho, T. Cabral (2015) Sleep Quality – Impact of Relaxation Techniques and Autogenic Training in Patients Diagnosed with Insomnia *European Psychiatry*, 30, 1, 1781, [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31373-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31373-0)
179. Marques, D.R. (2019) “Time to relax”: considerations on relaxation training for insomnia disorder. *Sleep Biol. Rhythms* 17, 263–264 <https://doi.org/10.1007/s41105-018-00203-y>
180. Praharaj, S. K., Gupta, R., & Gaur, N. (2018). Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), S383–S396. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224477>
181. Murotsu, K., Tachi, T., & Suzuki, Y. (2000). A case of anorexia nervosa improved by conjunct autogenic training. *Japanese Journal of Autogenic Therapy*, 19(1-2), 55–61.
182. Jojić, B. R., & Laposavić, L. M. (2005). Srpski arhiv za celokupno lekarstvo [Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents], 133(9-10), 424–428. <https://doi.org/10.2298/sarh0510424j>
183. Jojić, B. R., & Laposavić, L. M. (2005). Srpski arhiv za celokupno lekarstvo Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adults, 133(11-12), 505–509. <https://doi.org/10.2298/sarh0512505j>
184. Juan M. Guiotea, Vanessa Lozanoc, Miguel Ángel Vallejoa, Blanca Masa (2022). Autogenic meditation training in a randomized controlled trial: A framework for promoting mental health and attention regulation in children. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 27(1), 47-55.
185. Hilderley, M., & Holt, M. (2004). A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 8(1), 61–65. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2003.09.003>
186. Minowa, C., & Koitabashi, K. (2014). The effect of autogenic training on salivary immunoglobulin A in surgical patients with breast cancer: a randomized pilot trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 193–196. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.001>
187. Kohlert A., Wick K., Rosendahl J.(2020). Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Behav Med* 2022 Oct;29(5):531-542. doi: 10.1007/s12529-021-10038-6. Epub 2021 Oct 27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34705227/> (meta-analízis, fájdalom)
188. Seo, E., Hong, E., Choi, J., Kim, Y., Brandt, C., & Im, S. (2018). *Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. Complementary Therapies in Medicine*, 39, 62–67. doi:10.1016/j.ctim.2018.05.005 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30012394/> (meta-analízis, fájdalom)
189. Seo, E., & Kim, S. (2019). *Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(4), 361. doi:10.4040/jkan.2019.49.4.361 (szorongás depresszió hatásvizsgálatok (pontos értékekkel, meta-analízis)
190. Zsombók T., Juhász G., Gonda ., Vitrai J., Bagdy Gy.(2005). Effect of autogenic training with cognitive and symbol therapy on the treatment of patients with primary headache. *Psychiatr Hung.* 20(1):25-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16389731/>

191. Kwekkeboom, K. L., & Bratzke, L. C. (2016). A Systematic Review of Relaxation, Meditation, and Guided Imagery Strategies for Symptom Management in Heart Failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(5), 457–468. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000274>
192. Litwic-Kaminska, K., Kotyško, M., Pracki, T., Wilkość-Dębczyńska, M., & Stankiewicz, B. (2022). The Effect of Autogenic Training in a Form of Audio Recording on Sleep Quality and Physiological Stress Reactions of University Athletes-Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16043.
193. Ramirez Garcia, M. P., Leclerc-Loiselle, J., Côté, J., Brouillette, M. J., & Thomas, R. (2023). Effect of autogenic training on quality of life and symptoms in people living with HIV: A mixed method randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 50, 101716. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101716>
194. Gordon, J. S., Staples, J. K., Blyta, A., Bytyqi, M., & Wilson, A. T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(9), 1469–1476.
195. Seo, E., Hong, E., Choi, J., Kim, Y., Brandt, C., & Im, S. (2018). *Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. Complementary Therapies in Medicine*, 39, 62–67. doi:10.1016/j.ctim.2018.05.005 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30012394/>
196. Seo, E., & Kim, S. (2019). *Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(4), 361. doi:10.4040/jkan.2019.49.4.361
197. Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1427–1432. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.004>
198. Walker, L. G., Walker, M. B., Ogston, K., Heys, S. D., Ah-See, A. K., Miller, I. D., Hutcheon, A. W., Sarkar, T. K., & Eremin, O. (1999). Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *British journal of cancer*, 80(1-2), 262–268. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690349>
199. Stetter, F., & Kupper, S. (2002). Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 27(1), 45–98. <https://doi.org/10.1023/a:1014576505223>

Családterápia

200. Dakof, G.A., Henderson, C.E., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C., Liddle, H.A. (2015) A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29(2): 232-241. doi: 10.1037/fam0000053.
201. Diamond, G.S., Wintersteen, M.B., Diamond, G.M., Shelef, K. and Levy, S. (2010) Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), pp. 122-131.
202. Fonagy, P., Butler, S.M., Cottrell, D., Scott, S.B. et al (2020) Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. *The Lancet Psychiatry* 7(5):420-430
203. Greenbaum, P.E., Wang, W., Henderson, C.E., Kan, L., Hall, K., Dakof, G.A. & Liddle, H.A. (2015) Gender and ethnicity as moderators: Integrative data analysis of Multidimensional Family Therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology*, 29(6): 919-930. doi:10.1037/fam0000127
204. Hogue, A., and Liddle, H. A. (2009) Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31, pp. 126-154.
205. Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. and Everitt, B. (2000) The London Depression Intervention Trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner; clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177: 95-100.
206. Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E. and Greenbaum, P. E. (2008) Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, pp. 1660-1670.

207. Lock, J. (2015) An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* Vol. 44 , Iss. 5, pp. 707-721. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2014.971458>
208. Baldwin, S. A., Christian, S. & Berkeljon, A. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, pp. 281-304.
209. Barbato, A. and D'Avanzo, B. (2020), The Findings of a Cochrane Meta-Analysis of Couple Therapy in Adult Depression: Implications for Research and Clinical Practice. *Family Process* 59: 361-375. doi:[10.1111/famp.12540](https://doi.org/10.1111/famp.12540)
210. Couturier J, Kimber M, & Szatmari P. (2013) Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), pp. 3-11. doi: 10.1002/eat.22042.
211. Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E. and O'Reilly, G. (2017), The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioral and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis. *Family Process.*, 56: 607–619. doi:[10.1111/famp.12256](https://doi.org/10.1111/famp.12256)
212. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. and Morgan, C. (2002) Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32(5), pp. 763-782.
213. Pinguart, M. Oslejsek, B & Teubert, D (2016) Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26: 2, 241-257. doi: 10.1080/10503307.2014.93583
214. van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.J., Doreleijers, T.A., van Domburgh, L. and Vermeiren, R.R. (2017), Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatr*, 58: 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
215. Couturier J, Kimber M, & Szatmari P. (2013) Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), pp. 3-11. doi: 10.1002/eat.22042.
216. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014) *Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review*, EMCDDA Papers. Publications Office of the European Union: Luxembourg.
217. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. (2010) Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004780. DOI: 10.1002/14651858.CD004780.pub2
218. Frey, L. M., Hunt, Q. A., Russon, J. M., & Diamond, G. (2021). Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1–24. <https://doi.org/10.1111/jmft.12568>
219. Henken, T., Huibers, M. J. Churchill, R., Restifo, K. K. & Roelofs, J. J. (2009). Family therapy for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006728. DOI: 10:1002/14651858.CD006728
220. McWey, L. M. (2021). Systemic interventions for traumatic event exposure: A 2010–2019 decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1–27. <https://doi.org/10.1111/jmft.12547>
221. Retzlaff, R., von Sydow, K., Beher, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52, pp. 619-652.
222. Sousa, H., Ribeiro, O., Afreixo, V., Costa, E., Paúl, C., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2021). “Should WE Stand Together?”: A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of family-based interventions for adults with chronic physical diseases. *Family Process*, 00, 1–19. <https://doi.org/10.1111/famp.12707>
223. Stith, S. M., Topham, G. L., Spencer, C., Jones, B., Coburn, K., Kelly, L., & Langston, Z. (2021). Using systemic interventions to reduce intimate partner violence or child maltreatment: A systematic review of publications between 2010 and 2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1–20. <https://doi.org/10.1111/jmft.12566>
224. Thompson, J. (2021), The Effectiveness of Couple Therapy on Psychological and Relational Variables and Pregnancy Rates in Couples with Infertility: A Systematic Review. *Aust N Z J Fam Ther.* <https://doi.org/10.1002/anzf.1446>

225. Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, pp. 576-618.
226. Waraan, L., Siqveland, J., Hanssen-Bauer, K., Czjakowski, N. O., Axelsdóttir, B., Mehlum, L., & Aalberg, M. (2022). Family therapy for adolescents with depression and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13591045221125005. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/13591045221125005>
227. Carr, A., Piquart, M., Haun, M.W. (2020). Research-Informed Practice of Systemic Therapy. In: Ochs, M., Borcsa, M., Schweitzer, J. (eds) *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling*. European Family Therapy Association Series. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36560-8_18
228. Carr (2000b) Evidence-Based Practice in Family Therapy and Systemic Consultation II: Adult focused problems. *Journal of Family Therapy*. 22. 273-295.
229. Fischer MS, Baucom DH, Cohen MJ. Cognitive-Behavioral Couple Therapies: Review of the Evidence for the Treatment of Relationship Distress, Psychopathology, and Chronic Health Conditions. *Fam Process*. 2016 Sep;55(3):423-42. doi: 10.1111/famp.12227. Epub 2016 May 26. PMID: 27226429.
230. Goger, P., & Weersing, V. R. (2021). Family based treatment of anxiety disorders: A review of the literature (2010–2019). *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1– 22. <https://doi.org/10.1111/jmft.12548>
231. Carr, A. (2014) The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, pp. 158–194 doi: 10.1111/1467-6427.12033
232. Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples (EFT). *Family Process*, 55(3), 390–407.
233. McWey, L. M. (2021). Systemic interventions for traumatic event exposure: A 2010–2019 decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1– 27. <https://doi.org/10.1111/jmft.12547>
234. Stith, S. M., Topham, G. L., Spencer, C., Jones, B., Coburn, K., Kelly, L., & Langston, Z. (2021). Using systemic interventions to reduce intimate partner violence or child maltreatment: A systematic review of publications between 2010 and 2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1– 20. <https://doi.org/10.1111/jmft.12566>
235. Doss, B. D., Roddy, M. K., Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2021). A review of the research during 2010–2019 on evidence-based treatments for couple relationship distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 00, 1– 24. <https://doi.org/10.1111/jmft.12552>
236. Carr (2000b) Evidence-Based Practice in Family Therapy and Systemic Consultation II: Adult focused problems. *Journal of Family Therapy*. 22. 273-295.
237. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. (2010) Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004780. DOI: 10.1002/14651858.CD004780.pub2
238. Baucom, D. H., Belus, J. M., Adelman, C. B., Fischer, M. S., & Paprocki, C. (2014). Couple-based interventions for psychopathology: A renewed direction for the field. *Family Process*, 53(3), 445–461. doi:10.1111/famp.12075
239. Asen, E. (2002) Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 8, 230-238
240. Starc A, Trampuš M, Pavan Jukić D, Rotim C, Jukić T, Polona Mivšek A. INFERTILITY AND SEXUAL DYSFUNCTIONS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. *Acta Clin Croat*. 2019 Sep;58(3):508-515. doi: 10.20471/acc.2019.58.03.15. PMID: 31969764; PMCID: PMC6971809.
241. Thompson, J. (2021), The Effectiveness of Couple Therapy on Psychological and Relational Variables and Pregnancy Rates in Couples with Infertility: A Systematic Review. *Aust N Z J Fam Ther*. <https://doi.org/10.1002/anzf.1446>

Csoportanalízis

242. Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G. Chambers, E. (2012): Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy Group Analysis, Vol 45(1): 46 –69
243. Burlingame, G., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7, 3–12.

244. Fjeldstad A, Høglend P, Lorentzen S. (2017): Patterns of Change in Interpersonal Problems During and After Short-term and Long-term Psychodynamic Group Therapy: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Res.* 2017 May; 27(3):350-361. doi: 10.1080/10503307.2015.1102357. Epub 2015 Oct 30.
245. Lorentzen S, et al. (2015): Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 129–146.
246. Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Høglend, P. (2013). Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: Randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203(4), 280–287. doi:10.1192/bjp.bp.112.113688
247. Lau M, Kristensen E. (2007): Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 96–104 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00977.x
248. Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., & Bissada, H. (2006) Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1), 106-121. DOI: 10.1080/10503300500090928
249. Lorentzen, S. (2006): Contemporary Challenges for Research in Group Analysis. *Group Analysis*, Vol 39(3):321–340. DOI: 10.1177/0533316406066591
250. Joyce, A.S., Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Sheptycki, A.R. (2010): Interpersonal Predictors of Outcome Following Short-Term Group Therapy For Complicated Grief: A Replication *Clin. Psychol. Psychother.* 17, 122–135.
251. Sandahl, C., Gerge, A. and Herlitz, K. (2004) 'Does treatment focus on self-efficacy result in better coping? Paradoxical findings from psychodynamic and cognitive-behavioral group treatment of moderately alcohol-dependent patients', *Psychotherapy Research* 14(3): 388–97.
252. Cuijpers, P., van straten, A., & Smit, F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006:21, pp.1139-1149.
253. Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Inpatient Group Psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2006:10(2), pp. 146-163.
254. Verheul, R. & Herbrink, M. The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 2007:19(1), pp. 25-38.
255. Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., Urnes, Ø., Irion, T., Braband, J. et al. (2003). Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17, 510–521.
256. Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P., & Cogley, C. B. Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know? *Harvard Review of Psychiatry*, 2004:12(6), pp.339-350.
257. Beutel, M. E., Knickenberg, R. J., Krug, B., Mund, S., Schattenburg, L. & Zwerenz, R. Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients--with an emphasis on work-related conflicts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 2006:56(3), pp.285-305.
258. Britvic, D., Anticevic, V., Urlic, I., Dodig, G., Lapenda, B., Kekez, V. & Mustapic, I. Psychotherapeutic program for post-traumatic stress disorder: Prospective study of 70 war veterans. *Group Analysis*, 2007: 40(4), pp 507-22.
259. Britvic, D., Radelic, N.; & Urlic, I. Long-term dynamic-oriented group psychotherapy of posttraumatic stress disorder in war veterans: Prospective study of five-year treatment. *Croat. Med J.*, 2006, 47, pp. 76-84.
260. Lotz, M. & Jensen, H. H. Focus in psychodynamic group therapy: An empirical study of dynamic focus, diagnoses, and symptomatic outcome. *Nordic Psychology*, 2006: 58(3), pp.248-261.
261. Lundqvist, G., Svedin, C. G., Hansson, K., & Broman, I. Group therapy for women sexually abused as children: mental health before and after group therapy. *Journal of Interpersonal Violence*, 2006 Dec, 21 (12), pp. 1665-1677.
262. Terlidou, C., Moschonas, D., Kakitsis, P., Manthouli, M., Moschona, T., & Tsegos, I. K. Personality Changes after Completion of Long-term Group-Analytic Psychotherapy. *Group Analysis*. 2004: 37(3), pp.401-418.

263. Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P. Evaluation of Long-term Analytic Outpatient Group Therapies. *Group Analysis*, 2007:40(1), pp.140-159.
264. Knijnik, D. Z., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margis, R., & Eizirik, C. L. (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 77–81.
265. Chen, E. C., Kakkad, D., & Balzano, J. (2008). Multicultural competence and evidence-based practice in group therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(11), 1261-1278. DOI: 10.1002/jclp.20533.
266. Mace, C. (2006) 'Setting the World on Wheels: Some Clinical Challenges of Evidence-Based Practice', *Group Analysis* 39(3): 304–20.
267. McDermut, W., Miller, I.W. and Brown, R.A. (2001) 'The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: a Meta-analysis and Review of Empirical Research', *Clinical Psychology: Science and Practice* 8(9): 98–116.
268. O'Rourke, K. (2007) 'An Historical Perspective on Meta-analysis: Dealing Quantitatively with Varying Study Results', *J R Soc Med*. 100(12): 579–82.
269. Weiss, F. (2006) 'Psychodynamic group psychotherapy for the obese disordered-eating adult: a contemporary view', *Group* 30(4): 337–57.
270. Stricker, G.: The Local Clinical Scientist, Evidence-based Practice, and Personality Assessment. (2006) *Journal of Personality Assessment* Volume 86, 2006 - Issue 1, p.4-9. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_02
271. Marmosh, C.L. (2014): Empirical research on attachment in group psychotherapy: Moving the field forward. *Psychotherapy*. Vol. 51, No. 1, 88–92 0033-3204/14/\$12.00 DOI: 10.1037/a0032523
272. Haigh, R.: Being Economical with the Evidence. *Group Analysis*. 2012. Vol 45(1): 70–83; DOI: 10.1177/0533316411425323
273. Horneland, M., Børnes, D.S., Høbye, K., Knutsen, H., Lorentzen, S. (2012): Can the Clinician–Researcher Gap be Bridged? Experiences from a Randomized Clinical Trial in Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*, Vol 45(1): 84–98; DOI: 10.1177/0533316411424370
274. Lorentzen, S. (2011): Writing Manuals for Psychodynamic Group Treatments *Group Analysis* Volume 45, Issue 1, March 2012, Pages 28-45 <https://doi.org/10.1177/0533316411411862>
275. Wennberg, P., Weinryb, R.M., Saxon, L., Göransson, S., Bush, M., Skarbrandt, E. Personality, Levels of Psychological Distress and Premature Termination of Psychodynamic Group Therapy: Results from a Prospective Longitudinal Study *Group Analysis*, Vol 37(2):179–185., [10.1177/0533316404042853]
276. Rosendahl, J., Alldredge, C.T. Burlingame, G.M., Strauss, B.: Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *Am J Psychother* 2021; 74:52–59. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20200031

Dream

277. Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265–274. <https://doi.org/10.1159/000228247>
278. Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1208>
279. Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223–1232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>
280. Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kachele, H., Kreische, R., Leweke, F., Ruger, U., Winkelbach, C., & Leibing, E. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875–881. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030441>
281. Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
282. Salzer, S., Winkelbach, C., Leweke, F., Leibing, E., & Leichsenring, F. (2011). Long-Term Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioural Therapy in Generalized Anxiety Disorder:

- 12-Month Follow-up. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(8), 503–508. <https://doi.org/10.1177/070674371105600809>
283. Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depressive Disorders with Comorbid Personality Disorder. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(1), 58–71. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.58>
284. Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., & Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127–137. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61746-8)
285. Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004687.pub4>
286. Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943–953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
287. Gonon F, Keller PH. (2021). Efficacy of psychodynamic therapies: A systematic review of the recent literature. *Encephale*. 47(1):49-57. French.
288. Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Schubiner, H., De Meulemeester, C., & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 145, 110473. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110473>
289. Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy - an update: Bambi's alive and kicking. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):129-48. doi: 10.1159/000376584. Epub 2015 Mar 28. PMID: 25833321.
290. Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Thompson, D., Luther, D., Crits-Christoph, K., Jacobs, J., Yin, S., & Crits-Christoph, P. (2016). Comparative Effectiveness of Cognitive Therapy and Dynamic Psychotherapy for Major Depressive Disorder in a Community Mental Health Setting. *JAMA Psychiatry*, 73(9), 904. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1720>
291. Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Twisk, J. W. R., Cuijpers, P., & Dekker, J. J. M. (2017). Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 653–663. <https://doi.org/10.1037/ccp0000207>
292. Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 841–868. <https://doi.org/10.1516/rfee-lkpn-b7tf-kpdu>
293. Ho C, Adcock L. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Mental Illness: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Oct 12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525874/>
294. Wienicke FJ, Driessen E. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depression: For Whom Does It Work? A Research Perspective. *Psychodyn Psychiatry*. 2021 Fall;49(3):370-374. doi: 10.1521/pdps.2021.49.3.370. PMID: 34478326.
295. Wienicke FJ, Beutel ME, Zwerenz R, Brähler E, Fonagy P, Luyten P, Constantinou M, Barber JP, McCarthy KS, Solomonov N, Cooper PJ, De Pascalis L, Johansson R, Andersson G, Lemma A, Town JM, Abbass AA, Ajilchi B, Connolly Gibbons MB, López-Rodríguez J, Villamil-Salcedo V, Maina G, Rosso G, Twisk JWR, Burk WJ, Spijker J, Cuijpers P, Driessen E. Efficacy and moderators of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clin Psychol Rev*. 2023 Apr;101:102269. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102269. Epub 2023 Mar 16. PMID: 36958077.
296. Driessen E, Dekker JJM, Peen J, Van HL, Maina G, Rosso G, Rigardetto S, Cuniberti F, Vitriol VG, Florenzano RU, Andreoli A, Burnand Y, López-Rodríguez J, Villamil-Salcedo V, Twisk JWR, Cuijpers P. The efficacy of adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clin Psychol Rev*. 2020 Aug;80:101886. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101886. Epub 2020 Jun 26. PMID: 32650213.

297. Caldiroli, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustaya, C., Abbass, A. & Buoli, M. (2020). Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Mood Disorders: A Critical Review. *Journal of Affective Disorders*, 273(1), p.375-379
298. A Abbass: Modified short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder. Preliminary report of a case series (2002). https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/department-sites/psychiatry/centre-emotions-health/bipolar_disorder_case_series.pdf
299. Wiltink J, Ruckes C, Hoyer J, Leichsenring F, Joraschky P, Leweke F, Pöhlmann K, Beutel ME. Transfer of manualized Short Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) for social anxiety disorder into clinical practice: results from a cluster-randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2017 Mar 14;17(1):92. doi: 10.1186/s12888-017-1257-7. PMID: 28288592; PMCID: PMC5348808.
300. Keefe, J. R., Mccarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 309-323. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.004>. (STPP-kat is bevonták a vizsgálatba)
301. Deena Warshaw: The effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Substance Use Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis
https://digitalcommons.liu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1037&context=post_fultext_dis
302. Present, J., & Hearon, B. (2008). Supportive-expressive psychodynamic therapy for cocaine dependence: A closer look. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 483–498. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.3.483>

Gyermekpszichoterápia

303. ABBASS, A. A., RABUNG, S., LEICHSENRING, F., REFSETH, J.S., & MIDGLEY, F. (2013): Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 52, Issue 8, 863 – 875., DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
304. ABRAMOWITZ, J. S., WHITESIDE, S.P., & DEACON, B. J. (2005): The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, Volume 36, Issue 1, 55-63.
305. AITKEN, M., HALTIGAN, J.D., SZATMARI, P., DUBICKA, B., FONAGY, P., KELVIN, R. et al. (2020): Toward precision therapeutics: general and specific factors differentiate symptom change in depressed adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(9): 998-1008. DOI: 10.1111/jcpp.13194. Epub 2020 Jan 12. PMID: 31930507; PMCID: PMC7496892.
306. ARNBERG, A., & LARS-GÖRAN, Ö. (2014): CBT for Children with Depressive Symptoms: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43:4, 275-288, DOI: [10.1080/16506073.2014.947316](https://doi.org/10.1080/16506073.2014.947316)
307. BAIN, K. (2014). “New Beginnings” in South African shelters for the homeless: piloting of a group psychotherapy intervention for high-risk mother–infant dyads. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 591-603. <https://doi.org/10.1002/imhj.21457>
308. BALOTTIN, U., FERRI, M., RACCA, M., ROSSI, M., ROSSI, G., BEGHI, E. et al. (2014): Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and tension-type headache: a single-blind controlled pilot study. *Italian Journal of Pediatrics*, 40:6., DOI: 10.1186/1824-7288-40-6. PMID: 24444140; PMCID: PMC3899919.
309. BONVANIE, I.J., KALLESØE, K. H., JANSSENS, A.M., SCHRÖDER, A., ROSMALEN, J.G.M., & RASK, C.U. (2017): Psychological Interventions for Children with Functional Somatic Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*, Volume 187
310. BRATTON, S., RAY, D.C., RHINE, T., & JONES, L. (2005): The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4): 376-390.
311. CALVO, A., MORENO, M., RUIZ-SANCHO, A., RAPADO-CASTRO, M., MORENO, C., SÁNCHEZ-GUTIÉRREZ, T., et al. (2014): Intervention for Adolescents With Early-Onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(6), 688-696. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.004>.
312. CHANEN, A.M., JACKSON, H.J., McCUTCHEON, L.K., JOVEV, M., DUDGEON, P., YUEN, H.P. et al. (2008): Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy:

- randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(6):477-84. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.048934. Erratum in: *Br J Psychiatry*. 2009 Feb;194(2):191. PMID: 19043151.
313. COMPTON, S.N., MARCH, J.S., BRENT, D., ALBANO, A.M., WEERSING, R., & CURRY, J. (2004): Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8):930-59. DOI: 10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf. PMID: 15266189.
314. EDGINTON, E., WALWYN, R., TWIDDY, M., WRIGHT-HUGHES, A., TUBEUS, S., REED, S. et al. (2018): TIGA-CUB-manualised psychoanalytic child psychotherapy versus treatment as usual for children aged 5-11 with treatment-resistant conduct disorders and their primary carers: results from a randomised controlled feasibility trial. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 30(3):167-182. DOI: 10.2989/17280583.2018.1532433. Epub 2018 Nov 14. PMID: 30428772.
315. FONAGY, P., SLEED, M., & BARADON, T. (2016). Randomized Controlled Trial Of Parent-Infant Psychotherapy For Parents With Mental Health Problems And Young Infants. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 97–114. <https://doi.org/10.1002/Imhj.21553>
316. FRANZ, M., WEIHRAUCH, L., & SCHÄFER, R. (2011). PALME: a preventive parental training program for single mothers with preschool aged children. *Journal of Public Health*, 19(4), 305-319. <https://doi.org/10.1007/s10389-011-0396-4>
317. FRÍAS, A., PALMA, C., FARRIOLS, N. (2015): Intervenciones psicosociales en el tratamiento de los jóvenes diagnosticados o con alto riesgo para el trastorno bipolar pediátrico: una revisión de la literatura. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.11.002>.
318. GEORG, A. K., CIERPKA, M., SCHRÖDER-PFEIFER, P., KRESS, S., & TAUBNER, S. (2021). The efficacy of brief parent– infant psychotherapy for treating early regulatory disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(6), 723-733. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.06.016>
319. GHOSH IPPEN, C., HARRIS, W. W., VAN HORN, P., & LIEBERMAN, A. F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: can treatment help those at highest risk?. *Child abuse & neglect*, 35(7), 504–513. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.009>
320. GILBOA-SCHECHTMAN, E., FOA, E.B., SHAFRAN, N., ADERKA, I.M., POWERS, M.B., RACHAMIM, L. et al. (2010): Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10):1034-42. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.07.014. Epub 2010 Sep 6. Erratum in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Oct;55(10):920. PMID: 20855048; PMCID: PMC2945239.
321. GILLIES, D., TAYLOR F., GRAY, C., O'BRIEN, L., & D'ABREW, N. (2013): Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence Based Child Health*, 8(3):1004-116. DOI: 10.1002/ebch.1916. PMID: 23877914.
322. GOODYER, I.M., REYNOLDS, S., BARRETT, B., BYFORD, S., DUBICKA, B., HILL, J. et al. (2017): Effectiveness And Cost-Effectiveness Of Cognitive Behaviour Therapy And Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy Compared With Brief Psychosocial Intervention In Maintaining Reduced Depressive Symptoms 12 months after end of treatment in Adolescents with Unipolar Major Depression (IMPACT): A Pragmatic Superiority Randomised Controlled Trial. *Lancet Psychiatry*, 4, 109-119. (Published online 30.11.2016). [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30378-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30378-9).
323. GOLDSTEIN, T.R., FERSCH-PODRAT, R.K., RIVERA, M., AXELSON, D.A., MERRANKO, J., YU, H., BRENT, D.A., BIRMAHER, B. (2015): Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140-149.
324. GONDAN, M., BECK, E., CHANEN, A.M., BATEMAN, A., PEDERSEN, J., & SIMONSEN, E. (2021): Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5):699-710. DOI: 10.1007/s00787-020-01551-2. Epub 2020 May 9. PMID: 32388627.
325. GRIFFITHS, H., DUFFY, F., DUFFY, L., BROWN, S., HOCKADAY, H., ELIASSON, E., et al. (2019): Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1):167. DOI: 10.1186/s12888-019-2158-8. Erratum in: *BMC Psychiatry*. 2021 Mar 9;21(1):142. PMID: 31170947; PMCID: PMC6554935.

326. ISHIKAWA, S., OKAJIMA, I., MATSUOKA, H., & SAKANO, Y. (2007): Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 12: 164-172. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00433.x>
327. LINARDON, J., WADE, T. D., DE LA PIEDAD GARCIA, X., & BRENNAN, L. (2017): The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080–1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>
328. LINDQUIST, K., MECHLER, J., CARLBRING, P., LILLIENGREN, P., FALKENSTRÖM, F., ANDERSSON, G., et al. (2020): Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3):e18047. DOI: 10.2196/18047. PMID: 32224489; PMCID: PMC7154938.
329. LOCK, J., LE GRANGE, D., AGRAS, W.S., MOYE, A., BRYSON, S.W., & JO, B. (2010): Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*;67(10):1025-32. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.128. PMID: 20921118; PMCID: PMC3038846.
330. LOWELL, D. I., CARTER, A. S., GODOY, L., PAULICIN, B., & BRIGGS-GOWAN, M. J. (2011): A randomized controlled trial of Child FIRST: a comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child development*, 82(1), 193–208. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01550.x>
331. MIDGLEY, N., MORTIMER, R., CIRASOLA, A., BATRA, P., & KENNEDY, E. (2021): The Evidence-Base for Psychodynamic Psychotherapy With Children and Adolescents: A Narrative Synthesis. *Frontiers in Psychology*, 12:662671. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.662671
332. ORDWAY, M. R., SADLER, L. S., HOLLAND, M. L., SLADE, A., CLOSE, N., & MAYES, L. C. (2018): A Home Visiting Parenting Program and Child Obesity: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 141(2), e20171076. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1076>
333. OUGRIN, D., TRANAH, T., STAHL, D., MORAN, P., & ROSENBAUM ASARNOW, J. (2015): Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2)
334. REYNOLDS, S., ORCHARD, F., MIDGLEY, N., KELVIN, R., & GOODYER, I. (2019): IMPACT consortium. Do sleep disturbances in depressed adolescents improve following psychological treatment for depression? *Journal of Affective Disorders*, 262:205-210. DOI: 10.1016/j.jad.2019.10.029. Epub 2019 Oct 21. PMID: 31679753.
335. ROSENBLUM, K., LAWLER, J., ALFAFARA, E., MILLER, N., SCHUSTER, M., & MUZIK, M. (2018): Improving Maternal Representations in High-Risk Mothers: A Randomized, Controlled Trial of the Mom Power Parenting Intervention. *Child psychiatry and human development*, 49(3), 372–384. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0757-5>
336. ROSSOUW, T., FONAGY, P. (2012): Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12):1304-13.e3.
337. SADLER, L. S., SLADE, A., CLOSE, N., WEBB, D. L., SIMPSON, T., FENNIE, K., et al. (2013): Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship Anna Freud National Centre for Children and Families 64 www.annafreud.org outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant mental health journal*, 34(5), 391–405. <https://doi.org/10.1002/imhj.21406>
338. SALO, S., FLYKT, M., MÄKELÄ, J., BIRINGEN, Z., KALLAND, M., PAJULO, M., et al. (2019): The effectiveness of Nurture and Play: A mentalisation-based parenting group intervention for prenatally depressed mothers. *Primary Health Care Research & Development*, 20, E157. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000914>
339. SALOMONSSON, B., & SANDELL, R. (2011): A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: II. Predictive and moderating influences of qualitative patient factors. *Infant mental health journal*, 32(3), 377–404. <https://doi.org/10.1002/imhj.20302>
340. SALOMONSSON, B., & SANDELL, R. (2011): A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: I. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings. *Infant mental health journal*, 32(2), 207–231. <https://doi.org/10.1002/imhj.20291>
341. SALOMONSSON, M. W., SORJONEN, K., & SALOMONSSON, B. (2015). A long-term follow-up study of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on mothers and interactions. *Infant mental health journal*, 36(6), 542–555. <https://doi.org/10.1002/imhj.21536>

342. SALOMONSSON, M. W., SORJONEN, K., & SALOMONSSON, B. (2015): A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on the children. *Infant mental health journal*, 36(1), 12–29. <https://doi.org/10.1002/imhj.21478>
343. SALZER, S., STEFINI, A., KRONMÜLLER, K.T., LEIBING, E., LEICHSENDRING, F., HENNINGSEN, P., et al. (2018): Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Adolescents with Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4):223-233. DOI: 10.1159/000488990. Epub 2018 Jun 12. PMID: 29895001.
344. SEALY, J., & GLOVONSKY, I. P. (2016): Strengthening the reflective functioning capacities of parents who have a child with a neurodevelopmental disability through a brief, relationship-focused intervention. *Infant mental health journal*, 37(2), 115–124. <https://doi.org/10.1002/imhj.21557>
345. SLEED, M., BARADON, T., & FONAGY, P. (2013): New Beginnings for mothers and babies in prison: a cluster randomized controlled trial. *Attachment & human development*, 15(4), 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782651>
346. SLEED, M., LI, E., VAINIERI, I., & MIDGLEY, N. (2022): The Evidence Base for Psychoanalytic and Psychodynamic Interventions with Children Under 5 Years of Age and their Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. London: The Anna Freud Centre.
347. STEFINI, A., SALZER, S., REICH, G., HORN, H., WINKELMANN, K., BENTS, H., et al. (2017): Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Female Adolescents With Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(4):329-335. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.01.019. Epub 2017 Feb 11. PMID: 28335877.
348. SUCHMAN, N. E., DECOSTE, C. L., McMAHON, T. J., DALTON, R., MAYES, L. C., & BORELLI, J. (2017). Mothering From the Inside Out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Development and psychopathology*, 29(2), 617–636. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000220>
349. SUCHMAN, N. E., DECOSTE, C., CASTIGLIONI, N., McMAHON, T. J., ROUNSAVILLE, B., & MAYES, L. (2010): The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment & human development*, 12(5), 483–504. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.501983>
350. SUCHMAN, N. E., DECOSTE, C., McMAHON, T. J., ROUNSAVILLE, B., & MAYES, L. (2011): The mothers and toddlers program, an attachment-based parenting intervention for substance-using women: Results at 6-week follow-up in a randomized clinical pilot. *Infant mental health journal*, 32(4), 427-449. <https://doi.org/10.1002/imhj.20303> Anna Freud National Centre for Children and Families 67 www.annafreud.org
351. SUCHMAN, N. E., DECOSTE, C., ROSENBERGER, P., & McMAHON, T. J. (2012): Attachment-based intervention for substance-using mothers: a preliminary test of the proposed mechanisms of change. *Infant mental health journal*, 33(4), 360–371. <https://doi.org/10.1002/imhj.21311>
352. TAMBELI, R., CERNIGLIA, L., CIMINO, S., & BALLAROTTO, G. (2015): Parent-infant interactions in families with women diagnosed with postnatal depression: A longitudinal study on the effects of a psychodynamic treatment. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1210.
353. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01210>
354. TROWELL, J., JOFFE, I., CAMPBELL, J., et al. (2007): Childhood depression: a place for psychotherapy. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16, 157–167. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0584-x>
355. WONG, J., BAHJI, A., KHALID-KHAN S. (2020): Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(1):5-15. DOI:10.1177/070674371987897
356. Mikowicz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Kristin A. Candan, K. A., Marshall, C., Domingues, I., Walsh, B. C., Zinberg, J. L., De Silva, S. D., Friedman-Yakoobian, M., Cannon, T. D. (2014): Family-Focused Treatment for Adolescents and Young Adults at High Risk for Psychosis: Results of a Randomized Trial, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53 (8), 848-858. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.020>
357. Okuzawa, N., Kline, E., Fuertes, J., Negi, S., Reeves, G., Himelhoch, S., Schiffman, J. (2014): Psychotherapy for adolescents and young adults at high risk for psychosis: a systematic review, *Early Intervention in Psychiatry*, 8 (4), 307-322. <https://doi.org/10.1111/eip.12129>

358. Puig, O., Penadés, R., Baeza, I., De la Serna, E., Sánchez-Gistau, V., Bernardo, M., Castro-Fornieles, J. (2014): Cognitive Remediation Therapy in Adolescents With Early-Onset Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53 (8), 859-868. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.012>

359. Wykes, T., Newton, E., Landau, S., Rice, C., Thompson, N., Frangou, S. (2007): Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial, *Schizophrenia Research*, 94 (1-2), 221-230. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.03.030>

Hipno-pszichoterápia

360. Flammer, E., Bongartz, W. (2003) On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20/4, 179-197.

361. Lynn, S. J., Kirsch, I. (2006) *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. American Psychological Association.

362. Nash, M. R., Perez, N., Tasso, A., J. Levy, J. (2010) Clinical Research on the Utility of Hypnosis in the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Medical and Psychiatric Disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57/4, 443-450.

363. Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Straussa, B., Rosendahl, J. (2013) Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33/5, 623-636.

364. Stewart, J. H. (2005) Hypnosis in Contemporary Medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80/4, 511-524.

365. Potter, G. (2011) Intensive Therapy: Utilizing Hypnosis in the Treatment of Substance Abuse Disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47/1, 21-28.

366. Carmody, T. P., Duncan, C., Simon, J.A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., Delucchi, K. (2008) Hypnosis for Smoking Cessation: A Randomized Trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 10/ 5, 811-818.

367. Carmody, T. P., Duncan, C. L., Solkowitz, S. N., Huggins, J., Simon, J. A. (2017) Hypnosis for Smoking Relapse Prevention: A Randomized Trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 60/2, 159-171.

368. Hasanab, F. B., Zagarins, S. E., Pischke, K. M., Saiyed, S., Bettencourt, A.M., Beal, L., Macys, D., Aurora, S., McCleary, N. (2014) Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: Results of a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 22/1, 1-8.

369. Tahiri, M., Mottillo, S., Joseph, L., Pilote, L., Eisenberg, M. J. (2012) Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Medicine*, 125/6, 576-584.

370. Dickson-Spillmann, M., Haug, S., Schaub, M.P. (2013) Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13/1227.

371. Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cynry, B., Hinkel, J., Jaberg, J., Petrasch, M., Schweizer, C., Stiegler, A., Zeep, C., Batra, A. (2021) Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression - Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 286, 166-173.

372. Shih, M., Yang, Y-H., Koo, M. (2008) A Meta-Analysis of Hypnosis in the Treatment of Depressive Symptoms: A Brief Communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57/4, 431-442.

373. Wolf, T. H., Schläppi, S., Benz, C. I., Campus, G. (2022) Efficacy of Hypnosis on Dental Anxiety and Phobia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sciences*, 12/5, 521.

374. Roberts, R. L., Rhodes, J. R., Elkins, G.R. (2021) Effect of Hypnosis on Anxiety: Results from a Randomized Controlled Trial with Women in Postmenopause. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 868-881.

375. Wiechman, S. A., Jensen, M. P., Sharar, S. R., Barber, J.K., Soltani, M., Patterson, D. R. (2022) The Impact of Virtual Reality Hypnosis on Pain and Anxiety Caused by Trauma: Lessons Learned from a Clinical Trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 70/2, 156-173.

376. Chester, S. J., Tyack, Z., De Young, A., Kipping, B., Griffin, B., Stockton, K., Ware, R. S., Zhang, X., Kimble, R. M. (2018) Efficacy of hypnosis on pain, wound-healing, anxiety, and stress in children with acute burn injuries: a randomized controlled trial. *PAIN*, 159/ 9, 1790-1801.

377. Hammond, D. C. (2014) Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Review. Expert Review of Neurotherapeutics*, 10/2, 263-273.

378. Baker, J., Ainsworth, H., Torgerson, C., Torgerson, D. (2009) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials evaluating the effect of hypnosis on exam anxiety. *Effective Education*, 1/1, 27-41.
379. Provençal, S-C., Bond, S., Rizkallah, E., El-Baalbaki, G. (2018) Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Burns*, 44/8, 1870-1881.
380. Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S-M., Kain, Z. N. (2006) Hypnosis Reduces Preoperative Anxiety in Adult Patients. *Anesthesia & Analgesia*, 102/5, 1394-1396.
381. Chen, P-Y., Liu, Y-M., Chen, M-L. (2017) The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 14/3, 223-236.
382. Hosseini, V. M., Nazarzadeh, M., Jahanfar, S. (2018) Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth*, 31/4, 254-262.
383. Cardeña, E., Svensson, C., Hejdström, F. (2013) Hypnotic Tape Intervention Ameliorates Stress: A Randomized, Control Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61/2, 125-145.
384. Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., van Dyck, R. (2002) A Randomised Controlled Clinical Trial on the Additional Effect of Hypnosis in a Comprehensive Treatment Programme for In-Patients with Conversion Disorder of the Motor Type. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71/2, 66-76.
385. Maldonado, J. R., Butler, L. D., Spiegel, D. (2002). Treatments for dissociative disorders. In: P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*, Oxford University Press, 463-496.
386. Dell, P. F. (2018) Reconsidering the autohypnotic model of the dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20/1, 48-78.
387. Terhune, D. B., Cardeña, E. (2015) Dissociative Subtypes in Posttraumatic Stress Disorders and Hypnosis: Neurocognitive Parallels and Clinical Implications. *Current Directions in Psychological Science*, 24/ 6.
388. Peters, S. L., Yao, C. K., Philpott, H., Yelland, G.W., Muir, J. G., Gibson, P. R. (2016) Randomised clinical trial: the efficacy of gut-directed hypnotherapy is similar to that of the low FODMAP diet for the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 44/5, 447-459.
389. Shahbazi, K., Solati, K., Hasanpour-Dehkordi, A. (2016) Comparison of Hypnotherapy and Standard Medical Treatment Alone on Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10/5, OC01-OC04.
390. Picard, P., Jusseaume, C., Boutet, M., Dualé, C., Mulliez, A., Aublet-Cuvellier, B. (2013) Hypnosis for Management of Fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61/1, 111-123.
391. Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., Van Dyck, R. (2010) A Randomized Controlled Clinical Trial of a Hypnosis-Based Treatment for Patients with Conversion Disorder, Motor Type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51/1, 29-50.
392. Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Pilkington, K. (2006) Hypnosis for Procedure-Related Pain and Distress in Pediatric Cancer Patients: A Systematic Review of Effectiveness and Methodology Related to Hypnosis Interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31/1, 70-84.
393. Sánchez-Jáureguía, T., Téllez, A., Juárez-García, D., García, C. H., García, F. E. (2019) Clinical Hypnosis and Music In Breast Biopsy: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61/3, 244-257.
394. Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Wetz, C. R., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D. D. (2007) A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99/17, 1304-1312.
395. Delestre, F., Lehericey, G., Estellat, C., Hassimiou Diallo, M., Hansel, B., Giral, P. (2022) Hypnosis reduces food impulsivity in patients with obesity and high levels of disinhibition: HYPNODIET randomized controlled clinical trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 115/6, 1637-1645.
396. Moser, G., Trägner, S., Gajowniczek, E. E., Mikulits, A., Michalski, M., Kazemi-Shirazi, L., Kulnigg-Dabsch, S., Führer, M., Ponocny-Seliger, E., Dejaco, C., Miehsler, W. (2013) Long-Term Success of GUT-Directed Group Hypnosis for Patients With Refractory Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Gastroenterology*, 108/4, 602-609.
397. Bo, S., Rahimi, F., Goitre, I., Properzi, B., Ponzo, V., Regaldo, G., Boschetti, S., Fadda, M., Ciccone, G., Abbate Daga, G., Mengozzi, G., Evangelista, A., De Francesco, A., Belcastro, S., Broglio, F. (2018) Effects of Self-Conditioning Techniques (Self-Hypnosis) in Promoting Weight Loss in Patients with Severe Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Obesity*, 26/9, 1422-1429.

398. Abramowitz, E. G., Barak, Y., Ben-Avi, I., Knobler, H. Y. (2008) Hypnotherapy in the Treatment of Chronic Combat-Related PTSD Patients Suffering From Insomnia: A Randomized, Zolpidem-Controlled Clinical Trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56/3, 270-280.
399. Lama, T-H., Chunga, K-F., Leeb, C-T., Yeung, W-F., Yu, B.Y. (2018) Hypnotherapy for insomnia: A randomized controlled trial comparing generic and disease-specific suggestions. *Complementary Therapies in Medicine*, 41, 231-239.
400. McCall, W. V., D'Agostino Jr., R., Dunn, A. (2003) A meta-analysis of sleep changes associated with placebo in hypnotic clinical trials. *Sleep Medicine*, 4/1, 57-62.
401. Johnson, A. K., Johnson, L. J., Barton, D., Elkins, G. (2016) Hypnotic Relaxation Therapy and Sexual Function in Postmenopausal Women: Results of a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64/2, 213-224.
402. Kumalasari, R.D., Tamtomo, D. G., Prasetya, H. (2020) Hypnosis and Dyspareunia: A Meta Analysis. *Indonesian Journal of Medicine*, 5/4, 291-298.
403. Rosso, P, Di Bartolomeo, G., Piedimonte, A., Cavarra, M., Bellina, M., Ambu, A., Gava, N. (2016) Ericksonian hypnosis in sexual rehabilitation of patients who underwent radical, nerve-sparing prostatectomy. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 31/1, 13-27.
404. Brown, D.C., Hammond, D. C. (2007) Evidence-Based Clinical Hypnosis for Obstetrics, Labor and Delivery, and Preterm Labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55/3, 355-371.
405. Werner, A., Ulbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C. S., Nohr, E. A. (2013) Antenatal Hypnosis Training and Childbirth Experience: A Randomized Controlled Trial. *Birth Issues in Perinatal Care*, 40/4, 272-280.
406. Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., Andrew, M. I. (2004) Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93/4, 505-511.
407. Hosseini, V. M., Nazarzadeh, M., Jahanfar, S. (2018) Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth*, 31/4, 254-262.
408. Werner, A., Wu, C., Zachariae, R., Nohr, E. A., Ulbjerg, N., Hansen, A. M. (2020) Effects of antenatal hypnosis on maternal salivary cortisol during childbirth and six weeks postpartum - A randomized controlled trial. *PLoS ONE* 15/5.
409. Reinhard, J., Huesken-Janßen, H., Hatzmann, H., Schiermeier, S. (2009) Preterm labour and clinical hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 26/4, 187-193.
410. Babbar, S., Oyarzabal, A. J.(2021) The Application of Hypnosis in Obstetrics. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64/3, 635-647.
411. Dufresne, A., Rainville, P., Dodin, S., Barré, P., Masse, B., Verreault, R., Marc, I. (2009) Hypnotizability and Opinions About Hypnosis in a Clinical Trial for the Hypnotic Control of Pain and Anxiety During Pregnancy Termination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58/1, 82-101.
412. Lioffi, C., White, P., Hatira, P. (2009) A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of paediatric cancer patients. *PAIN*, 142/3, 255-263.
413. McBride, J. J., Vlieger, A. M., Anbar, R. D. (2014) Hypnosis in Paediatric Respiratory Medicine. *Paediatric Respiratory Reviews*, 15/1, 82-85.
414. Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Pilkington, K. (2006) Hypnosis for Procedure-Related Pain and Distress in Pediatric Cancer Patients: A Systematic Review of Effectiveness and Methodology Related to Hypnosis Interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30/1, 70-84.
415. Gold, J. I., Kant, A. J., Belmont, K. A., Butler, L. D. (2007) Practitioner Review: Clinical applications of pediatric hypnosis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48/8, 744-754.
416. Chester, S. J., Stockton, K., De Young, A., Kipping, B., Tyack, Z., Griffin, B., Chester, R. L., Kimble, R. M. (2016) Effectiveness of medical hypnosis for pain reduction and faster wound healing in pediatric acute burn injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17/ 223.
417. Rogovik, A. L., Goldman, R. D. (2007) Hypnosis for treatment of pain in children. *Pediatric Pearls*. 53, 823-825.
418. Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., Veronese, N., Stubbs, B. (2019) The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and metaanalysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 99, 298-310.

419. M. P. Jensen, M. E. Mendoza, D. M. Ehde, D. R. Patterson, I. R. Molton, T. M. Dillworth, K. J. Gertz, J. Chan, S. Hakimian, S. L. Battalio, M. A. Ciol (2020) Effects of hypnosis, cognitive therapy, hypnotic cognitive therapy, and pain education in adults with chronic pain: a randomized clinical trial. *PAIN*, 161 (2020) 2284–2298.
420. Eaton, L. H., Beck, S. L., Jensen, M. P. (2021) An Audio-Recorded Hypnosis Intervention for Chronic Pain Management in Cancer Survivors: A Randomized Controlled Pilot Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69/4, 422-440.
421. Hernández, D. M., Téllez, A., Sánchez-Jáuregui, T., García, C. H., García-Solís, M., Valdez, A. (2022) Clinical Hypnosis For Pain Reduction In Breast Cancer Mastectomy: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 70/1, 4-15.
422. Williams, R. M., Day, M. A., Ehde, D. M., Turner, A. P., Ciol, M. A., Gertz, K. J., Patterson, D., Hakimian, S., Suria, P., Jensen, M. P. (2022) Effects of hypnosis vs mindfulness meditation vs education on chronic pain intensity and secondary outcomes in veterans: a randomized clinical trial. *PAIN*, 163, 1905–1918
423. Elkins, G., Otte, J., Carpenter, J. S., Roberts, L., Jackson, L. S., Kekecs, Z., Patterson, V., Keith, T. Z. (2021) Hypnosis Intervention for Sleep Disturbance: Determination of Optimal Dose and Method of Delivery for Postmenopausal Women, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, DOI: 10.1080/00207144.2021.1919520
424. Bányai, É. I. (2018) Active-alert hypnosis: History, research and applications. *American Journal of Clinical Hypnosis* 61/2, 88-107.
425. Gyulaházi J., Varga K. (2011) Hipnózis, fájdalom, fájdalomcsillapítás. *Magyar Pszichológiai Szemle* 66/2, 397-421.
426. Székely A., Kovács-Nagy R., Bányai É. I., Gösi-Greguss A. C., Varga K., Halmi Zs., Ronai Zs., Sasvári-Székely M. (2010) Association Between Hypnotizability and the Catechol-O Methyltransferase (COMT) Polymorphism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58/3, 301-315.
427. Varga K., Kekecs Z. (2014) Oxytocin and Cortisol in the Hypnotic Interaction. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62/1, 111-128.

Individuálpszichológiai pszichoterápia

428. Amianto, F., Ferrero, A., Pierò, A., Cairo, E., Rocca, G., Simonelli, B., ... & Fassino, S. (2011). Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-14.
429. Ferrero, A., Pierò, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Daga, G. A., & Fassino, S. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22(8), 530-539.
430. Caputo, A., & Tomai, M. (2020). A systematic review of psychodynamic theories in community psychology: Discovering the unconscious in community work. *Journal of Community Psychology*, 48(6), 2069-2085.
431. Pierò, A., Cairo, E., & Ferrero, A. (2013). Personality dimensions and working alliance in subjects with borderline personality disorder. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 6(1), 17-25.
432. Last, J. M. (1997). The clinical utilization of early childhood memories. *American journal of psychotherapy*, 51(3), 376-386.
433. Rebecca R. Jokinen , Timothy S. Hartshorne: *Anxiety Disorders: A Biopsychosocial Model and an Adlerian Approach for Conceptualization and Treatment*. The Journal of Individual Psychology, University of Texas Press, Volume 78, Number 2, Summer 2022, pp. 155-174, 10.1353/jip.2022.0022
434. Erik Mansager , Rocky Garrison : *Harnessing Adler's Healing Process*. The Journal of Individual Psychology, University of Texas Press, Volume 78, Number 2, Summer 2022, pp. 203-220, 10.1353/jip.2022.0025
435. Paul R. Rasmussen , Stephen G. Taylor: *Adaptive Reorientation Training and Acceptance and Commitment Therapy: Unifying a Neo-Adlerian Approach With New Wave Behavioral Therapy*. The Journal of Individual Psychology, University of Texas Press, Volume 77, Number 4, Winter 2021, pp. 476-490, 10.1353/jip.2021.0031

436. Sterling P. Travis: *A Delphi Study: How, Can, and Should Individual Psychology Demonstrate Efficacy and Effectiveness Given Evidence-Based Practice Evaluation Standards?* *The Journal of Individual Psychology*, University of Texas Press, Volume 77, Number 1, Spring 2021, pp. 4-23, [10.1353/jip.2021.0001](https://doi.org/10.1353/jip.2021.0001)
437. Sterling Travis: *Why Individual Psychology Needs to Gain Evidence-Based Status.* *The Journal of Individual Psychology*, University of Texas Press, Volume 74, Number 3, Fall 2018, pp. 281-286, [10.1353/jip.2018.0021](https://doi.org/10.1353/jip.2018.0021)
438. Susan Belangee: *Adlerian Psychology in the Era of Evidence-Based Practice: A Reflection From a Clinician in Private Practice.* *The Journal of Individual Psychology*, University of Texas Press, Volume 75, Number 3, Fall 2019, pp. 205-209, [10.1353/jip.2019.0026](https://doi.org/10.1353/jip.2019.0026)
439. Caputo A, Tomai M.: A systematic review of psychodynamic theories in community psychology: Discovering the unconscious in community work. *J Community Psychol.* 2020 Aug; 48(6):2069-2085. doi: [10.1002/jcop.22407](https://doi.org/10.1002/jcop.22407). Epub 2020 Jul 15. PMID:32667066.
440. Len Sperry, Vassilia Binensztok: *Adlerian Pattern-Focused Therapy in Clinical Practice.* *The Journal of Individual Psychology*, University of Texas Press Volume 75, Number 2, Summer 2019, pp. 171-182. [10.1353/jip.2019.0014](https://doi.org/10.1353/jip.2019.0014)
441. Andrea Ferrero, Paola Prina: *The Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP): A Psychopathology-Based Treatment.* Adlerian Society of Great Britain, 2018, ISBN: 9780905860305
442. Miller R, Dillman Taylor D.: *Does Adlerian Theory Stand the Test of Time: Examining Individual Psychology from a Neuroscience Perspective.* *Journal of Humanistic Counseling* . 2016;55(2):111-128. doi:[10.1002/johc.12028](https://doi.org/10.1002/johc.12028)
443. Kende B. H.: *Psychodrama with Children.* Routledge, London, 2016
444. Amianto F, Bertorello A, Spalatro A, Milazzo M, Signa C, Cavarero S, Abbate Daga G, Fassino S.: Adlerian parental counseling in eating disorders: preliminary data of a controlled clinical trial. *Eat Weight Disord.* 2014; 19(3):303-14. doi: [10.1007/s40519-013-0079-y](https://doi.org/10.1007/s40519-013-0079-y). Epub 2013 Oct 24. PMID: 24155184.
445. Hjertaas, T.: *Toward an Adlerian perspective on trauma.* *Journal of Individual Psychology*, 2013. 69, 186–200.
446. King, R. A., Shelley, C. A.: *Community feeling and social interest: Adlerian parallels, synergy and differences with the field of community psychology.* *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 18(2), 96-107. <https://doi.org/10.1002/casp.962>
447. Fassino S, Amianto F, Ferrero A: *Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators.* July 2008 *Panminerva Medica* 50(2):165-75 PMID: 18607340
448. Carlson, J.; Watts, R.; Maniacci, M.: *Adlerian therapy: Theory and practice.* 2006 Washington, DC, American Psychological Association.
449. Watts, R., Carlson, J.: *Intervention and Strategies in Counseling and Psychotherapy.* 1999. ISBN 13: 9781138142787

Integratív pszichoterápia

450. Peng, Y., Lu, Y., Wei, W., Yu, J., Wang, D., Xiao, Y., Xu, J., Wang, Z. (2015). The Effect of a Brief Intervention for Patients with Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24(8), 1793–1802. doi:[10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.07.001)
451. Ramondo, N., Gignac, G. E., Pestell, C. F., & Byrne, S. M. (2021). Clinical Hypnosis as an Adjunct to Cognitive Behavior Therapy: An Updated Meta-Analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(2), 169–202. doi:[10.1080/00207144.2021.1877549](https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1877549)
452. Zaharia, C., Reiner, M., Schütz, P. (2015). Evidence-Based Neuro Linguistic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Psychiatria Danubina*, 27(4), 355–363.
453. Sturt, J., Ali, S., Robertson, W., Metcalfe, D., Grove, A., Bourne, C., & Bridle, C. (2012). Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. *British Journal of General Practice*, 62(604), e757–e764. doi:[10.3399/bjgp12x658287](https://doi.org/10.3399/bjgp12x658287)
454. Zagnitko, A. P., Shportun, O. N., Overchuk, V. A., Kushnir, J. V., Savchuk, Z. S., & Pedorenko, V. N. (2020). Study of the Influence of Kathym-Imaginative Therapy on Correction of Mental Disorders in Neurotic Conditions. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2), 33-56. doi:[10.18662/brain/11.2/73](https://doi.org/10.18662/brain/11.2/73)

455. Zaharia, C., Reiner, M., Schütz, P. (2015). Evidence-Based Neuro Linguistic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Psychiatria Danubina*, 27(4), 355–363.
456. Karunaratne, M. (2010). Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(4), 203–207. doi:10.1016/j.ctcp.2010.02.003
457. Sturt, J., Ali, S., Robertson, W., Metcalfe, D., Grove, A., Bourne, C., & Bridle, C. (2012). Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. *British Journal of General Practice*, 62(604), e757–e764. doi:10.3399/bjgp12x658287
458. Abdivarmazan, M., & Sylabkhor, Z. (2016). Effectiveness of training of Neuro-linguistic programming (NLP) strategies on reducing social anxiety. *World Scientific News*, (60), 67–77.
459. Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Empirical Investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147–166.
460. doi:10.1080/00207140601177897
461. Fakehy, M., Haggag, M. (2016). The Effectiveness of a Training Program using Neuro- Linguistic Programing (NLP) to Reduce Test Anxiety in Consideration of Biological Feedcack. *International Journal of Behavioral Research & Psychology*, 4(1), 173-177.
462. Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 62(6), 547–559. doi:10.1007/s00278-017-0230-8
463. von Wietersheim, J., Wilke, E., Röser, M., & Meder, G. (2003). Die Effektivität der Katathym-imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie [The effectiveness of Katathym-imaginative psychotherapy in an outpatient longitudinal study]. *Psychotherapeut*, 48, 173-178.
464. Zagnitko, A. P., Shportun, O. N., Overchuk, V. A., Kushnir, J. V., Savchuk, Z. S., & Pedorenko, V. N. (2020). Study of the Influence of Katathym-Imaginative Therapy on Correction of Mental Disorders in Neurotic Conditions. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2), 33-56. doi: 10.18662/brain/11.2/73
465. Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., French, B., & Watkins, J. G. (2013). Efficacy of Single-Session Abreactive Ego State Therapy for Combat Stress Injury, PTSD, and ASD. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 1–19. doi:10.1080/00207144.2013.729377
466. Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., & Nixon, R. D. V. (2005). *The Additive Benefit of Hypnosis and Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Acute Stress Disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 334–340. doi:10.1037/0022-006x.73.2.334
467. Christensen, C., Barabasz, A., & Barabasz, M. (2013). Efficacy of Abreactive Ego State Therapy for PTSD:Trauma Resolution, Depression, and Anxiety. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 20–37. doi:10.1080/00207144.2013.729386
468. Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., & Dyck, R. V. (2003). A Randomized Controlled Clinical Trial of a Hypnosis-Based Treatment for Patients with Conversion Disorder, Motor Type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29–50. doi:10.1076/iceh.51.1.29.14067
469. Ramondo, N., Gignac, G. E., Pestell, C. F., & Byrne, S. M. (2021). Clinical Hypnosis as an Adjunct to Cognitive Behavior Therapy: An Updated Meta-Analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(2), 169–202. doi:10.1080/00207144.2021.1877549
470. Byom, T. K., & Sapp, M. (2013). Comparison of effect sizes of three group treatments for weight loss. *Sleep and Hypnosis*, 15(1-2), 1–10.
471. Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 62(6), 547–559. doi:10.1007/s00278-017-0230-8
472. Sørensen, L. B., Greve, T., Kreutzer, M., Pedersen, U., Nielsen, C. M., Toubro, S., & Astrup, A. (2011). Weight Maintenance Through Behaviour Modification: With a Cooking Course or Neurolinguistic Programming. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 72(4), 181–185. doi:10.3148/72.4.2011.181
473. Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Psychosomatic Disorders: Meta-analytical Evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251–274. doi:10.1080/00207140701338696
474. Sensor, C., Habermüller, M., & Revenstorf, D. (2004). Hypnotherapie bei atopischer Dermatitis. *Aktuelle Dermatologie*, 30(4), 103–108. doi:10.1055/s-2004-814483

475. Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 62(6), 547–559. doi:10.1007/s00278-017-0230-8
476. Stipancic, M., Renner, W., Schütz, P., & Dond, R. (2010). Effects of Neuro-Linguistic Psychotherapy on psychological difficulties and perceived quality of life. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(1), 39–49. doi:10.1080/14733140903225240
477. Zagnitko, A. P., Shportun, O. N., Overchuk, V. A., Kushnir, J. V., Savchuk, Z. S., & Pedorenko, V. N. (2020). Study of the Influence of Katathym-Imaginative Therapy on Correction of Mental Disorders in Neurotic Conditions. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2), 33-56. doi: 10.18662/brain/11.2/73
478. Karunaratne, M. (2010). Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(4), 203–207. doi:10.1016/j.ctcp.2010.02.003
479. Nilsson, D., Wadsby, M. (2010). Symboldrama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD Symptoms: a pilot study. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11(3), 308-321. doi: 10.1080/15299731003781075
480. Bernardy, K., Füber, N., Klose, P., & Häuser, W. (2011). *Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1). doi:10.1186/1471-2474-12-133
481. Doğan, A., & Sarıtaş, S. (2021). The effects of neuro-linguistic programming and guided imagery on the pain and comfort after open-heart surgery. *Journal of Cardiac Surgery*, 36(7), 2389–2397. doi:10.1111/jocs.15505
482. Elkins, G. R., Fisher, W. I., Johnson, A. K., Carpenter, J. S., & Keith, T. Z. (2012). Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 1. doi:10.1097/gme.0b013e31826ce3ed
483. Montgomery, G. H., David, D., Kangas, M., Green, S., Sucala, M., Bovbjerg, D. H., Hallquist, M. N., Schnur, J. B. (2014). Randomized Controlled Trial of a Cognitive-Behavioral Therapy Plus Hypnosis Intervention to Control Fatigue in Patients Undergoing Radiotherapy for Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(6), 557–563. doi:10.1200/jco.2013.49.3437
484. Frick, E., Stigler, M., Georg, H., Fischer, N., Bumeder, I., & Pokorny, D. (2008). Tumor patients in psychodynamic psychotherapy including daydreaming: Can imagery enhance primary process and positive emotions? *Psychotherapy Research*, 18(4), 444–453. doi:10.1080/10503300701832433
485. Biyong, I., Traube, R., Stacch, M., Coretta, I., Beguel, B. N., Boafó, A., Kounou, K. B. (2022). Hypno-behavioral Therapy, Systemic, and Institutional Management of Encopresis in Childhood and Adolescence. *Acta Scientific Medical Sciences*, 6(8), 43-55. doi: 10.31080/ASMS.2022.06.1343
486. Jerling, P., & Heyns, M. (2020). Exploring Guided Imagery and Music as a well-being intervention: A systematic literature review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(4), 371–390. doi:10.1080/08098131.2020.1737185
487. Conelly, C. (2022). Hypnosis-based Treatments for Internet Addiction Disorder: Systematic Review. *Journal of Addiction Research*, 7(1), 1-6.
488. Murphy, Kathleen M.; Ziedonis, Douglas M (2016). Group Guided Imagery And Music For Adults In Addiction Treatment: A Pilot Randomized Control Trial Feasibility Study. *Journal of the Association for Music & Imagery*, 15. 43-65.
489. Gordon, J. S., Bell, M. L., Armin, J. S., Giacobbi, P. R., & Nair, U. S. (2020). A telephone-based guided imagery tobacco cessation intervention: results of a randomized feasibility trial. *Translational Behavioral Medicine*, 11(2), 516–529. doi:10.1093/tbm/ibaa052
490. Kiyak, C., Deluca, P., Norton, S., Simonetti, M. E., Perti, E. (2023). The Impact of Cue-Elicited Multisensory Imagery on Alcohol Craving: A Randomised Controlled Trial. *European Addiction Research*, 1-10. DOI: 10.1159/000531844
491. Erblisch, J., Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2009). *Script-guided imagery of social drinking induces both alcohol and cigarette craving in a sample of nicotine-dependent smokers. Addictive Behaviors*, 34(2), 164–170. doi:10.1016/j.addbeh.2008.10.007
492. Moe, Torben (2011). Group Guided Imagery And Music Therapy For Inpatients With Substance Abuse Disorder. *Journal of the Association for Music & Imagery*, 13, 77-98.

493. Kushner, M. G., Abrams, K., Donahue, C., Thuras, P., Frost, R., & Kim, S. W. (2007). Urge to Gamble in Problem Gamblers Exposed to a Casino Environment. *Journal of Gambling Studies*, 23(2), 121–132. doi:10.1007/s10899-006-9050-4
494. Whiting, S. W., & Dixon, M. R. (2012). Effects of Mental Imagery on Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 29(3), 525–534. doi:10.1007/s10899-012-9314-0
495. Cornil, A., Rothen, S., De Timary, P., & Billieux, J. (2021). Interference-based methods to mitigate gambling craving: a proof-of-principle pilot study. *International Gambling Studies*, 1–24. doi:10.1080/14459795.2021.1903063
496. Cornil, A., Lopez-Fernandez, O., Devos, G., de Timary, P., Goudriaan, A. E., & Billieux, J. (2017). Exploring gambling craving through the elaborated intrusion theory of desire: a mixed methods approach. *International Gambling Studies*, 18(1), 1–21. doi:10.1080/14459795.2017.1368686
497. Hamilton, J., Fawson, S., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. J. (2013). Brief guided imagery and body scanning interventions reduce food cravings. *Appetite*, 71, 158–162. doi:10.1016/j.appet.2013.08.005
498. Spaid, W. M. (2004). *The Use of Guided Imagery for Cocaine Abuse*. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1(4), 83–96. doi:10.1300/j394v01n04_05
499. Emmerson, G. (2011). Working with Addictions using Ego State Therapy. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis*, 33(2), 24-39.

Jungi analízis

500. Roesler, C. (2013). Evidence for the effectiveness of Jungian psychotherapy: A review of empirical studies. *Behavioral Sciences*, 3(4), 562-575.
501. Roesler, C. (2020). CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPY RESEARCH, PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AND JUNGIAN ANALYSIS. *Psychologia*, 62(2), 94-105.
502. Roesler, C. (2018). Research on the effectiveness of Jungian psychotherapy. *Research in Analytical Psychology: Empirical Research*, 11.
503. Keller, W. (2018). Quality management and empirical research activities in Jungian Psychotherapy in Germany. *Research in analytical psychology. Empirical research*, 187-202.
504. Roesler, C., & Engelhardt, J. Development of research designs for investigating concepts of Analytical Psychology and the efficacy/effectiveness of Jungian psychotherapy.
505. Mattanza, G., Jakobsen, T., Hurt, J. 2006. Jung'sche Psychotherapie ist effizient (Jungian psychotherapy is efficient). In: G. Mattanza, I. Meier, M. Schegel (Eds.), Seele und Forschung (Soul and research). Basel: Karger, pp. 38-82.
506. Rubin, S. I., & Powers, N. (2005). Analyzing the San Francisco psychotherapy research project. *San Francisco*.
507. Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muthi, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P., Koemeda-Lutz, M. 2014. The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.896055>.
508. Gaskin, C. (2016). The effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: A literature review of recent international and Australian research. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 4(1).
509. Fonagy P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 137–150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>
510. Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J. A., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R. M., ... & Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312-321.

511. Juul, S., Poulsen, S., Lunn, S., Sørensen, P., Jakobsen, J. C., & Simonsen, S. (2019). Short-term versus long-term psychotherapy for adult psychiatric disorders: a protocol for a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Systematic reviews*, 8(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1099-0>
512. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(1), 15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
513. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
514. de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard review of psychiatry*, 17(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/10673220902742476>
515. Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.
516. Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American journal of psychiatry*, 174(10), 943–953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
517. Abbass, A.A., Nowowieski, S.J., Bernier, D., Tarzwell, R., & Beutel, M.E. (2014). Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 142–147. <http://doi.org/10.1159/000358841>
518. Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.*, 7, CD004687. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004687.pub4/full>
519. Barber, J.P., Muran, J.C., McCarthy, K.S., & Keefe, R.J. (2013). Research on Psychodynamic Therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.) (pp. 443–494). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
520. Høglend, P. (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 171, 1056–1066. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010121>
521. Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2, 648–660. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00155-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8)
522. Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy - An update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 129–148. <http://doi.org/10.1159/000376584>
523. Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6, 366–379. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000117>
524. Luyten, P., & Blatt, S.J. (2012). Psychodynamic treatment of depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 35, 111–129. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2012.01.001>
525. Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37, 232–260. <http://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614738>

526. Palmer, R., Nascimento, L., & Fonagy, P. (2013). The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22, 149–214. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2012.12.001>
527. Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109. <http://doi.org/10.1037/a0018378>
528. Abbass, A.A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J.S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 863-875. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
529. Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom*, 78, 265–274. <http://dx.doi.org/10.1159%2F000228247>
530. Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, 74, 58-71. <http://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.58>
531. de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., & Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 107-137.
532. Driessen, E., Hegelmaier, L.M., Abbass, A.A., Barber, J.P., Dekker, J.J., Van, H.L., Jansma, E.P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
533. Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., & Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 361–84. <https://dx.doi.org/10.1521%2Fpdps.2013.41.3.361>
534. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22. <http://bjp.rcpsych.org/content/199/1/15>
535. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA*, 300, 1551-65. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1028649>
536. Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482102>
537. Town, J.M., Diener, M.J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., & Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: Evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy*, 49, 276-290. <http://dx.doi.org/10.1037/a00295642>
538. Hewison, D. (2016). " The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update" by Peter Fonagy, *World Psychiatry*, 14 (2): 137–150, 2015. *Couple and Family Psychoanalysis*, 6(2), 215-217.

Komplex integratív pszichoterápia

539. Adinolfi, B., & Gava, N. (2013). Controlled outcome studies of child clinical hypnosis. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 84(2), 94–97.
540. Anlló, H., Herer, B et al (2020). Hypnosis for the Management of Anxiety and Dyspnea in COPD: A Randomized, Sham-Controlled Crossover Trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2020:15 2609–2620
541. Aja, A. P. (2018). The Efficacy of Play Therapy in Treating Anxiety in Young Children: A Systematic Review. California State University, Long Beach ProQuest Dissertations Publishing, 10784987.

542. Baker, J., Ainsworth, H., Torgerson, C., & Torgerson, D. (2009) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials evaluating the effect of hypnosis on exam anxiety. *Effective Education, 1*:1, 27-41. <https://doi.org/10.1080/19415530903043664>
543. Biró Gy., Dr. (2009): Egy allergiás lelkisége és kibontakozása: pszichoterápiás esettanulmány. 521., In.: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk): Polihistória, Akadémia Kiadó, Budapest
544. Biró Gy., Dr. (2014): Allergia – mint érzelmi indulati jelenség, 375., In.: Spannraft M., Sepsi E., Bagdy E., Komlósi P., Grezsa F. (szerk): Ki látott engem? Buda Béla 75, L'Harmattan Kiadó Kft, Budapest
545. Biró Gy. Dr. (2012): A relaxációs és aktív-éber hipnózis szerepe a sport-coaching terén. 391, In.: Varga K., Gósiné Greguss A. (szerk): Tudatállapotok, hipnózis, egymásra hangolódás, L'Harmattan Kiadó Kft, Budapest
546. Byom, T.K. & Sapp, M. (2013).: Comparison of effect sizes of three group treatments for weight loss. In.: *Sleep and Hypnosis 15 (1-2)* 1-10.
547. Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376–390. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
548. Brömmel, B., & Dammann, G. (2004). Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) in der Behandlung von Borderline-Störungen. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, 8*(3), 161-174.
549. Christensen, C., Barabasz, A., & Barabasz, M. (2013). Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: Trauma resolution, depression, and anxiety. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 61*(1), 20-37.
550. Doğan, A., Saritaş, S. (2021): The effects of neuro-linguistic programming and guided imagery on the pain and comfort after open-heart surgery, *36*(7):2389-2397. doi: 10.1111/jocs.15505.
551. Duchonova K. (2018): Katathym imaginative psychotherapy: an unconscious world of our clinets in case reports. *7th International conference on Psychiatry, Psychology and Mental Health Clinical, Prague*
552. Fisch, S., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2017). Hypnosis in patients with perceived stress - a systematic review. *BMC complementary and alternative medicine, 17*(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1806-0>
553. Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *The International journal of clinical and experimental hypnosis, 55*(3), 251–274. <https://doi.org/10.1080/00207140701338696>
554. Fuhr, K, Meisner, C et al. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression - Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders 286*.166-173
555. Fraser G. A. (2003) Fraser's "Dissociative Table Technique" Revisited, Revised: A Strategy for Working with Ego States in Dissociative Disorders and Ego-State Therapy, *Journal of Trauma & Dissociation, 4*(4), 5-28, DOI: [10.1300/J229v04n04_02](https://doi.org/10.1300/J229v04n04_02)
556. Friedrichs-Dachale, A., & Ullmann, H. (2020). Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP). *PDP-Psychodynamische Psychotherapie, 19*(2), 153-173.
557. Gamus, D., Kedar, A., & Kleinhauz, M. (2012) Hypnosis in palliative care. *Progress in Palliative Care, 20*:5, 278-283. <https://doi.org/10.1179/1743291X12Y.0000000025>
558. Hammond, D. (2007). Review of the Efficacy of Clinical Hypnosis with Headaches and Migraines. *The International journal of clinical and experimental hypnosis. 55.* 207-19. <https://doi.org/10.1080/00207140601177921>.
559. Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis. *Deutsches Arzteblatt international, 113*(17), 289–296. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0289>
560. Karunaratne, M., (2010): Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias, *Complement Ther Clin Pract;16*(4):203-7. doi: 10.1016/j.ctcp.2010.02.003.
561. Kekecs, Z., Nagy, T., & Varga, K. (2014). The effectiveness of suggestive techniques in reducing postoperative side effects: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesia and analgesia, 119*(6), 1407–1419. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000466>
562. Kramer, E. S. (2010). *Healing factors in guided affective imagery: A qualitative meta-analysis*. Union Institute and University.

563. Lichtsteiner, G. A. C. (2020). Existenzielle Wiedergutmachung in der Bewältigung von Traumata. *Spiritual Care*, 9(4), 356-360.
564. Masla U. (2018): Eine KIP-Behandlung verbessert die Bindungsrepräsentation psychosomatischer Patienten. Ergebnisse einer randomisierten Studie. In: *Imagination. Facultas*, Wien, 160–168.
565. Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2009). Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98–116.
566. Milling, L, Gover, M and Moriarty, C. (2018). The Effectiveness of Hypnosis as an Intervention for Obesity: A Meta-Analytic Review. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 5. <https://doi.org/10.1037/cns0000139>.
567. Milling, L, Valentine K, McCarley, H and LoStimolo, L (2018) A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis?. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(3), 227-243, <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1489777>
568. Milling, L, Valentine, K, LoStimolo, L, Nett, A and McCarley, H. (2021). Hypnosis and the Alleviation of Clinical Pain: A Comprehensive Meta-Analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 69. 1-26. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1920330>.
569. Németh, D.(2016): Implicit probabilisztikus tanulás: az elsajátítástól a konszolidációig, Akadémiai Doktori Értekezés Tézisei
570. Novak, E. T. (2013). Combining traditional ego state theory and relational approaches to transactional analysis in working with trauma and dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 43(3), 186-196.
571. Przemysław Turkowski M.A., M.Sc.i.: Neuro-Linguistic Perspective of Long- and Short-Term Psychotherapy of Grief. Theoretical Background, Method and Case-Studies. Polish Society for Neuro-Linguistic Psychotherapy, Section of Research and Science. In.: *Journal of Experiential Psychotherapy*, vol. 21, no 1 (81) March 2018 12
572. Schaefer, R., Klose, P., Moser, G., & Häuser, W. (2014). Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(5), 389–398. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000039>
573. Sachsse, U., Imruck, B. H., & Bahrke, U. (2016): Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP. *Ärztliche Psychotherapie*, 11(2), 87-92.
574. Simpkins, C. A., & Simpkins, A. M. (2008): An exploratory outcome comparison between an Ericksonian approach to therapy and brief dynamic therapy. *The American journal of clinical hypnosis*, 50(3), 217–232. <https://doi.org/10.1080/00029157.2008.10401625>
575. Sine, H., Achbani, A., & Filali, K. (2022). The Effect of Hypnosis on the Intensity of Pain and Anxiety in Cancer Patients: A Systematic Review of Controlled Experimental Trials. *Cancer investigation*, 40(3), 235–253. <https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1998520>
576. Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 62(6), 547-559.
577. Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2018). Effectiveness of integrative imagery- and trance-based psychodynamic therapies: Guided imagery psychotherapy and hypnopsychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/int0000073>
578. Stipancic, M., Renner, W., Schütz, P., & Dond, R. (2010). Effects of Neuro-Linguistic Psychotherapy on psychological difficulties and perceived quality of life. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(1), 39–49. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140903225240>
579. Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127- 133. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.08.005
580. Sturt, J., Ali, S., Robertson, W., Metcalfe, D., Grove, A., Bourne, C., & Bridle, C. (2012). Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. *British Journal of General Practice*, 62(604), e757–e764. doi:10.3399/bjgp12x658287
581. Sørensen, L. B., Greve, T., Kreutzer, M., Pedersen, U., Nielsen, C. M., Toubro, S., & Astrup, A. (2011). Weight Maintenance Through Behaviour Modification: With a Cooking Course or Neurolinguistic Programming. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 72(4), 181–185. doi:10.3148/72.4.2011.181
582. Tsygankov, B., & Surnina, S. (2017). Clinical and psychological characteristics of patients with suicidal thoughts during prolonged depressive and anxiety disorders and their therapeutic correction. *European Psychiatry*, 41(S1), S893-S893. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1817

583. Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., & Moriarty, C. L. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 67(3): 336–363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
584. Vasant, D, Whorwell, P. (2019). Gut-focused hypnotherapy for Functional Gastrointestinal Disorders: Evidence-base, practical aspects, and the Manchester Protocol. *Neurogastroenterol Motil*, 31: e13573.
585. Vitry, Grégoire & Pakrosnis, Rytis & Brosseau, Olivier & Duriez, Nathalie. (2021). Effectiveness and Efficiency of Strategic and Systemic Therapy in Naturalistic Settings: Preliminary Results from a Systemic Practice Research Network (SYPRENE). *Journal of Family Therapy*. 43. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12343>.
586. von Wietersheim, J., Wilke, E., Röser, M., & Meder, G. (2003). Ergebnisse der Katathym-Imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. *Psychotherapeut*, 48(3), 173-178.
587. Wade, T. C., & Wade, D. K. (2001). Integrative psychotherapy: Combining ego-state therapy, clinical hypnosis, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context. *American journal of clinical hypnosis*, 43(3-4), 233-245.
588. Wan, Y. P., & Ng, S. M. (2022). Hypnotherapy for persons with Irritable Bowel Syndrome: A three-arm randomized controlled trial. *The American journal of clinical hypnosis*, 65(2), 110–135. <https://doi.org/10.1080/00029157.2022.2051424>
589. Zagnitko, A. P., Shportun, O. N., Overchuk, V. A., Kushnir, J. V., Savchuk, Z. S., & Pedorenko, V. N. (2020). Study of the Influence of Katathym-Imaginative Therapy on Correction of Mental Disorders in Neurotic Conditions. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2), 33-56. <https://doi.org/10.18662/brain/11.2/73>
590. Bernardy et al.: Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011 12:133. doi:10.1186/1471-2474-12-133
591. Frick, E., Stigler, M., Georg, H., Fischer, N., Bumedel, I., & Pokorny, D. (2008). Tumor patients in psychodynamic psychotherapy including daydreaming: Can imagery enhance primary process and positive emotions? *Psychotherapy Research*, 18(4), 444–453. : <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701832433>
592. Pokorny D., Stigler M., (2006): Beziehungsschemata in der realen und der imaginierten Welt: Mit der Clusteranalyse der Verschiebung auf der Spur. In.: Kottje-Birnbacher L., Wilke E., Krippner K., Dieter W., (Hrsg): *Mit Imaginationen therapieren*, Pabst, Lengerich, 108-123.
593. N Salzer, D Ihme, PDDU Willutzki, J Kosfelder: Ergebnisse einer Katathym Imaginativen Psychotherapie bei Prüfungsangst: Ressourcen und Bewältigung - psychosynthesisresources.com
594. Stigler M. & Pokorny D. (2012): Eine Dekade der KIP-Prozessforschung im Überblick. In: Harald Ullmann, Eberhard Wilke (Hrsg.): *Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie*. Huber, Bern 122–144.
595. Tsyganov B., Surina S.: Clinical and psychological characteristics of patients with suicidal thoughts during prolonged depressive and anxiety disorders and their therapeutic correction 23 March 2020 *Journal: European Psychiatry / Volume 41 / Issue S1 / April 2017* Published online by Cambridge University Press: 23 March 2020, p. s893 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1817>
596. Zaharia, C., Reiner, M., & Schütz, P. (2015). Evidence-based neuro linguistic psychotherapy: a meta-analysis. *Psychiatria Danubina*, 27(4), 0-363.

Mozgás és táncterápia

597. Merényi M., Korbai H. (szerk.) (2021): *Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia*, L'Harmattan Könyvkiadó, Budapest.
598. Pszicho-dinamika: A pszichodinamikus mozgás- és táncterápia gyakorlata és elméleti háttere. *Imágó Budapest*, 2022/1. <http://imagobudapest.hu/10-lapszam/63-pszichodinamika.html>
599. Különszám a mozgás és táncterápiáról, *Pszichodráma Újság*, Bp, 2008. Tavasz
600. Vermes K. (2006): *A test éthosza. A test és a másik tapasztalatának összefüggései Lévinas és Merleau-Ponty filozófiájában*. L'Harmattan Könyvkiadó, Budapest.
601. Endresz H., Merényi M., Szili K. (2023): A traumával való munka a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában. Árkovits Amaryl, Terenyi Zoltán, Varga S Katalin (szerk) In: *Traumakaleidoszkóp*
602. Vermes K. (2020): Játszó életöröm: a mozgásimprovizáció fenomenológiája. In: *Emancipáció – tegnap és ma*. Eger, Eszterházy Károly Egyetem Líceum Kiadó. 105-115.

603. Jarovinskij V., Kiss T. C. (2016): Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél. Szvatkó Anna (szerk.) *Billenések. Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Budapest, Oriold és Társai, 225-262.
604. Campos. J. A. (2016): Szenzomotoros és kapcsolati élmények összefonódása a korai lelki fejlődésben. In: Szvatkó A. (szerk.) *Billenések. Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Oriold és Társai, Budapest, 63-105.
605. Vermes K. (2016): A „közös érzék”: multimodalitás és interszubbektivitás filozófiai összefüggése. In: Szvatkó A. (szerk.) *Billenések. Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Budapest, Oriold és Társai, 41-62.
606. Merényi M. (2015): Mozgás- és testélmény alapú pszichoterápiák; más nonverbális módszerek. In: Szőnyi G. (szerk.) *Pszichoterápia*. Medicina Kiadó, Budapest, 362-379.
607. Vermes K. (2008): A rezponzív érzékiesség – túl intenció és hűlé dinamikáján. In: Kenéz L., Rónai A. (szerk.) *A dolgok (és a szavak) - A fenomenológiai kutatás kortárs problémái*. Budapest, L'Harmattan Könyvkiadó, 177-186.
608. Varga I., Kiss T. C. (2007): Kreatív mozgásos terápiák egyetemi csoportokban: csoportdinamika, a nonverbális megközelítés jellegzetes élménymintázatai. In: *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig, Tanulmánygyűjtemény Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére*. Trefort Kiadó, Budapest.
609. Mészár Zs., Nagy O., Rajnoha Sz. (2021): A testtel való munka jelentősége járvány idején – a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia adaptációs lehetőségei a vírushelyzetben. *Pszichoterápia* 30./1: 49-53.
610. Incze A., Ajkai K., Merényi M., Szili K. (2020): Testi nézőpont. *Lélekelemzés*, 15(2): 30-50.
611. Korbai, H., Ehmann, B. (2020): A terapeuták által gyakorolt aktív és passzív testtudati technikák és a megtapasztalt testi érzetek összefüggései a terápiás kapcsolatban. *Pszichoterápia*, 29.(2): 102-113.
612. Boros E., Kiss T. C. (2019): Testbe zárt fájdalom. Pszichodinamikus mozgás- és táncterápia a tündérhegyi pszichoterápiás rendszerben. *Pszichoterápia*, 28.(3): 209-221.
613. Merényi M. (2019): A testtudat lehetőségei az analitikus pszichoterápiában. *Lélekelemzés*, 14(2): 232–247.
614. Horváth Zs. (2016): Egy pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás alkalom bemutatása halmozottan fogyatékos mozgáskorlátozott fiatalokkal. *Gyógypedagógiai Szemle*. XLIV. (2) 138-142.
615. Salz G., Szili K. (2016): Lebegés mint módszer – „Testet öltött létmód” a trauma túlélésére, *Pszichoterápia*, 25/3: 199-210.
616. Vermes K. (2016): A testi kifejezés rétegei: fenomenológiai és pszichoanalitikus reflexiók. *Kellék. Filozófiai Folyóirat*. Pszichoanalízis és filozófia 55. szám 195-216.old. Kolozsvár. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/periodical/info.action;jsessionid=I09ynrc90RVy2sVzAoccU0Ft.undefined?id=483190>
617. Horváth Zs., Novák G. M. (2014): Az épség és alternatívái – Testtudati fókuszok terápiás és színházpedagógiai kontextusokban. *Iskolakultúra Folyóirat*, július-augusztus, 69-79.
618. Vermes K. (2013): Terápiás és testi fordulat a fogyasztói kultúrában: a mozgás- és táncterápia kulturális horizontja. *Pszichoterápia*, 22: 159-167.
619. Campos J. A. (2013): Látok, látnak, nem látnak... Tekintet a szó helyén. *Lélekelemzés*, 8:1: 138-151.
620. Vermes K. (2012): Felpörgött idő és jelen pillanat a posztmodern kultúrában. *Imágó Budapest*, (23.) évfolyam, 2012/2. Pszichoanalízis és modern fenomenológia, 47-67.
621. Vermes K. (2012): Vad észlelés. Forráskeresés a fenomenológiában és a posztmodern táncban. *Pannonhalmi Szemle*, 20 (02): 39-52.
622. Merényi M. (2010): Az instrukciók születése a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában. *Pszichoterápia*, XIX. (2)
623. Simon J. (2010): Érzelemreguláció és a valódi szelf élménye a pszichodinamikus mozgás- és táncterápia során. *Lélekelemzés*, 2010. június: 85-102.
624. Szili K. (2010): A szenzualitás útjai. *Lélekelemzés*. 5(1): 55-70.
625. Toronyai G. (2010) Szeretet-szövevény – szexualitás, barátság és tiszta szeretet a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiás csoportban. *Thalassa* (21) 3: 51-88.
626. Vermes K. (2010): A test poézise. A test alkotó folyamatainak fenomenológiája és pszichodinamikus mozgás- és táncterápia gyakorlata. *Lélekelemzés*. V/1 71-84.

627. Vermes K. (2009): Multimodalitás és sensus communis. *Aspecto. Filozófiai Folyóirat*, 2009. II/1.: 191-220.
628. Endresz H. (2008): Ami mozog, az él és fejlődik – mozgás- és táncterápia kiskamaszokkal. In: *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 2008/3.
629. Kiss T. C. (2008): Acting out a táncterápiában. *Pszichoterápia*, 17(4): 250-258.
630. Campos A. (2008): A test valósága és a fantázia tere a mozgás- és táncterápiában. *Pszichoterápia* 17:6.: 378-385.
631. Merényi M. (2007): Tudatállapotok jelentősége a pszichodinamikus mozgás és táncterápiában. *Pszichoterápia*, 16:4, 235-240.
632. Campos J. A. (2007): Nonverbális jelenségek a gyermekpszichoterápiában. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, VII.1.: 43-50.
633. Campos J. A. (2007): Az utánzás, mintakövetés, azonosulás kisgyermekkor gyökerei. *Pannonhalmi Szemle*, Mimeszisz c. szám. XV/3.: 46-54.
634. Vermes K. (2006): Időt adó improvizáció. Az időélmény formálódása a mozgásterápiás csoportban. *Café Babel*, 52.: 63-70.
635. Vermes K. (2006): A test valósága, mint élmény, kép, kapcsolat. *Pszichoterápia*, 15(6): 425-431.
636. Campos J. A. (2006): Tekintetek találkozásai. *Lélekelemzés*. 1: 133-141.
637. Merényi Márta (2004): Mozgás- és táncterápia. *Pszichoterápia*, 13:1, 4-15. <http://www.mentalport.hu/a-folyoirat/korabbi-szamok/xiii-efolyam/2004-februar/merenyi-marta-mozgas-es-tancterapia/>
638. Kormos, J.: Dance becomes therapeutic in the mid to late 20th century. *Journal for the History of Behavioural Science*, megjelenés alatt.
639. Vermes, K. (2020): Multiple responsivity: strata of bodily expression. *Performa*. 12. ISSN 2498-731X
640. Vermes, K. (2019): The cultural responsibility of dance movement therapy: philosophical considerations in: *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 14 (1), 26–40. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17432979.2019.1585389>
641. Korbai, H., Hoppál, D., Vermes, K., Ehmann, B. (2019): Body-Mind Approaches in Therapeutic and other Helping Relationships – Experiences of a Training Program. *Alkalmazott pszichológia*, 19(3): 119–134.
642. Vermes, K. (2017): Whose body? The phenomenology of somatic group dynamics. In: *Pragmatism Today. The Journal of the Central-European Pragmatist Forum*. Volume 9. Issue 1. Summer. <http://www.pragmatismtoday.eu/summer2018/Whose-body-The-phenomenology-of-somatic-groupdynamics-Katalin-Vermes.pdf>
643. Vermes, K. (2017): Insides and outsides. Interdisciplinary perspectives on animate nature, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 04 (12): 295-299. <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2017.1347106>
644. Salz G. (2016): Body – image – recovery, The effect of therapeutic methods working with more modalities on body image change and trauma recovery. *Psychiatria Hungarica*, 31 (4): 338-347.
645. Vermes, K., Incze, A. (2011): Psychodynamic Movement and Dance Therapy (PMDT) in Hungary. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7(02) pp. 101-114. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2011.557890>
646. Vermes K. (2011): Intersensory and intersubjective attunement: Philosophical approach to a central element of dance movement psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(01), pp. 31-42. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2010.533823>
647. Bräuninger, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 296-303.
648. Bräuninger, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 443-450.
649. Koch, S. C., Kunz, T., Kolter, A., Lykou, S., & Cruz, R. (2013). Effects of dance movement therapy and dance on psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, vol 41, (1), 46-64.
650. Martin, L. A., Koch, S. C., Hirjak, D., & Fuchs, T. (2016). Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia—A multi-center randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 7, 483.
651. Meekums, B., Karkou, V., & Nelson, E.A. (2012). Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6.

Pszichoanalízis és pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia

652. Beutel M, Krakau L, Kaufhold J, Bahrke U, Grabhorn A, Hautzinger M, Fiedler G, Kallenbach-Kaminski L, Ernst M, Rüger B, Leuzinger-Bohleber M. (2022): Recovery from chronic depression and structural change: 5-year outcomes after psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term treatments (LAC depression study). *Clin Psychol Psychother*. Oct 14. doi: 10.1002/cpp.2793
653. Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., et al. (2019): How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments *International Journal of Psychoanalysis* 100, 1, 99-127. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533377>
654. Leuzinger-Bohleber, M., M. Hautzinger, G. Fiedler, W. Keller, L. Kallenbach, J. Kaufhold, M. Ernst. et al. (2018): Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Long-Term Therapy with Chronically Depressed Patients: A Controlled Trial with Preferential and Randomized Allocation. *The Canadian Journal of Psychiatry*. doi:10.1177/0706743718780340.
655. Chambless, D. L., Milrod, B., Porter, E., Gallop, R., McCarthy, K. S., Graf, E., Rudden, M., Sharpless, B. A., & Barber, J. P. (2017). Prediction and moderation of improvement in cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 803–813. <https://doi.org/10.1037/ccp0000224>
656. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, Holland F, Kelvin R, Midgley N, Roberts C, Senior R, Target M, Widmer B, Wilkinson P, Fonagy P. (2017): Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. Mar;21(12):1-94. doi: 10.3310/hta21120.
657. Fonagy, P., F. Rost, J. Carlyle, S. McPherson, R. Thomas, R. Pasco Fearon, D. Goldberg, and D. Taylor. (2015): Pragmatic Randomized Controlled Trial of Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy for Treatment-Resistant Depression: The Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 14 (3): 312–321.
658. Judith Lebigier-Vogel, Constanze Rickmeyer, Annette Busse, Korinna Fritzemeyer, Bernhard Rüger, Marianne Leuzinger-Bohleber. (2015): FIRST STEPS - a randomized controlled trial on the evaluation of the implementation and effectiveness of two early prevention programs for promoting the social integration and a healthy development of children with an immigrant background from 0-3. *BMC Psychol* Jul 3;3(1):21. doi: 10.1186/s40359-015-0078
659. Poulsen, S., Lunn, S., Daniel. s. et al. (2014): A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry* 171, 1.
660. Jørgensen CR, Freund C, Bøye R, Jordet H, Andersen D, Kjølbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127 (4):305-317.
661. Huber, D., Henrich., G., Clakrin. J., Klug, G. (2013): Psychoanalytic Versus Psychodynamic Therapy for Depression: A Three-Year Follow-Up Study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 76, 2. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.132>
662. Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., et al. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170, 759–767
663. Faramarzi, M., Azadfallah, P., Book, H. E., Tabatabaei, K. R., Taheri, H., & Shokri-shirvani, J. (2013). A randomized controlled trial of brief psychoanalytic psychotherapy in patients with functional dyspepsia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 228-234. doi: 10.1016/j.ajp.2012.12.012
664. Kramer, U, deRoten, Y., Perry, C., Despland, J. (2013): Change in Defense Mechanisms and Coping Patterns During the Course of 2-Year-Long Psychotherapy and Psychoanalysis for Recurrent Depression. A Pilot Study of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 201(7):p 614-620, July 2013. | DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182982982
665. Barber, J. P., Barrett, M. S., Gallop, R., Rynn, M. A., & Rickels, K. (2012). Short-term dynamic psychotherapy versus pharmacotherapy for major depressive disorder: A randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 66–73.

666. Sattel, H., Lahmann, C., Gundel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., et al. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200, 60–67.
667. Beutel, M., M. Leuzinger-Bohleber, B. Rüger, U. Bahrke, A. Negele, A. Haselbacher, G. Fiedler, W. Keller, and M. Hautzinger. (2012): Psychoanalytic and Cognitive-Behavior Therapy of Chronic Depression: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials* 13: 117. <http://www.trialsjournal.com/content/pdf/1745-6215-13-117.pdf>.
668. Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., et al. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 344–355.
669. Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindstrom, M., Moller, S., Petitt, E., et al. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 7, e38021.
670. Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, 74, 58–71.
671. Koppers, D., Peen, J., Niekerken, S., Van, R., Dekker, J. (2011): Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short term psychodynamic therapy *Journal of Affective Disorders* 134, 1-3. 468-472. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.027>
672. Town, J. M., Abbass, A., & Hardy, G. (2011). Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A critical review of randomized controlled trials. *Journal of Personality Disorders*, 25, 723–740.
673. Doering, S., S. Hörz, M. Rentrop, M. Fischer-Kern, P. Schuster, C. Benecke, A. Buchheim, P. Martius, and P. Buchheim. (2010): Transference-focused Psychotherapy v. Treatment by Community Psychotherapists for Borderline Personality Disorder: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry* 196 (5): 389–395.
674. Gregory, R. J., DeLucia-Deranja, E., & Mogle, J. A. (2010). Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: A 30-month follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 292–298.
675. Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P. M., Nocito, E. P., & Magri, L. (2010). Short-term psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for depressive and anxiety disorders: A randomized clinical trial of efficacy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 647–652.
676. Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahon, T., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2010). The Mothers and Toddlers Program: An attachment-based parenting intervention for substance-using women: Post-treatment results from a randomized clinical trial. *Attachment and Human Development*, 12, 483–504.
677. Maina, G., Rosso, G., Bogetto, F. (2009): Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: Long-term results. *Journal of Affective Disorders* 114, 1-3. 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.010>
678. Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., et al. (2009). Shortterm psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 166, 875–881
679. Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based Treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
680. Driessen, E., Abbass, A. A., Barber, J. P., Connolly Gibbons, M. B., Dekker, J. J. M., Fokkema, M., Fonagy, P., Hollon, S. D., Jansma, E. P., de Maat, S. C. M., Town, J. M., Twisk, J. W. R., Van, H. L., Weitz, E., & Cuijpers, P. (2018). Which patients benefit specifically from short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) for depression? Study protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ Open*, 8(2), e018900. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018900>
681. Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
682. Christiane Steinert, Mareike Hofmann, Johannes Kruse, Falk Leichsenring (2014) : Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis *Journal of Affective Disorders* 168, 107-118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.043>

683. Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., Van Broeckhuysen-Kloth, S. A., et al. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204, 12–19.
684. de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., et al. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: A meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 107–137.
685. Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., & Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 361–384.
686. Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., . . . Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5), e1001454. doi: 10.1371/journal.pmed.1001454
687. Smit, Y., Huibers, M. J. H., Ioannidis, J. P. A., van Dyck, R., van Tilburg, W., & Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy - A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 32, 81-92. doi: 10.1016/j.cpr.2011.11.003
688. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 15–22
689. Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123 (5):327-338
690. Driessen, E., P. Cuijpers, S. de Maat, A. Abbass, F. de Jonghe, and J. Dekker. (2010): The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review* 30 (1): 25–36.
691. Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., & Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33>
692. Kalita, L., Chrzan-Detkos, M. (2017): Effectiveness of psychoanalytic psychotherapies. *Psychotherapia* 183,4, 5-16.
693. Shepherd, C. & Beail, N. (2017) A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: progress and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy* 31:94-117
694. Leichsenring, F., Klein, S. & Salzer, S. (2014) The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy in Specific Mental Disorders: A 2013 Update of Empirical Evidence. *Contemporary Psychoanalysis* 50:89-130.
695. Leichsenring, F. & Klein, S. (2014) Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy* 28:4-32
696. Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD004687. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
697. Gaskin, C. J. (2012). The effectiveness of psychodynamic psychotherapy: A systematic review of recent international and Australian research. Melbourne: Psychotherapy & Counselling Federation of Australia.
698. Sheldler, J. (2010): The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*.
699. Lazar, S. G. (2014). The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 423-457.
700. Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961.
701. Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., ... & Fischer-Kern, M. (2017). Change of unresolved attachment in borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 314-316.
702. Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.

703. Stoffers, J., Völlm, B., & Lieb, K. (2010). P02-261-Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder-a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Psychiatry*, 25(S1), 1-1.
704. Woll, C. F. J., & Schönbrodt, F. D. (2019). A series of meta-analytic tests of the efficacy of long-term psychoanalytic psychotherapy. *European Psychologist*.
705. Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., . . . Herpertz, S., et al. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 127–137. doi:10.1016/s0140-6736(13)61746-8
706. Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A. A., Leichsenring, F., Driessen, E., & Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: Evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy*, 49 (3), 276–290. doi:10.1037/a0029564
707. Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis EFFICACY OF LTPP 52 testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 943–953. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010057
708. Lindfors, O., Knekt, P., Virtala, E., & Laaksonen, M. A. (2012). The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200 (11), 946–953. doi:10.1097/NMD.0b013e3182718c6b
709. Knekt, P., Heinonen, E., Härköpää, K., Järvikoski, A., Virtala, E., Rissanen, J., & Lindfors, O. (2015). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Research*, 229 (1), 381–388. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.113
710. Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G., & Klug, G. (2012). Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – A three-year follow-up study. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58 (3), 299–316. doi:10.13109/zptm.2012.58.3.299
711. Hollon, S. D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27 (10), 891–932. doi:10.1002/dleischseringa.20741
712. Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40 (2), 211–223. doi:10.1017/S0033291709006114
713. Benecke, C., Huber, D., Staats, H., Zimmermann, J., Henkel, M., Deserno, H., . . . Schauenburg, H. (2016). A comparison of psychoanalytic therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety (panic/agoraphobia) and personality disorders (APD study): Presentation of the RCT study design. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62 (3), 252–269. doi:10.13109/zptm.2016.62.3.252
714. Yakeley, J. (2018). Psychoanalysis in modern mental health practice. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 443-450.
715. Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., ... & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 648-660.
716. Rabung, S., & Leichsenring, F. (2012). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: First meta-analytic evidence and its discussion. In *Psychodynamic psychotherapy research* (pp. 27-49). Humana Press, Totowa, NJ.
717. Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150.
718. Bloch, M., Meiboom, H., Lorberblatt, M., Bluvstein, I., Aharonov, I., & Schreiber, S. (2012). The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the treatment of postpartum depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(2), 5763.
719. Spielmanns, G. I., Berman, M. I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(3), 142-149.
720. Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041-1050.

721. Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. *Journal of affective disorders*, 170, 112-118.
722. Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., ... & Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 1, e102.
723. Egger, N., Konnopka, A., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... & König, H. H. (2015). Short-term cost-effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: Results from the SOPHO-NET trial. *Journal of affective disorders*, 180, 21-28.
724. Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 309-323.
725. Reneses, B., Galián, M., Serrano, R., Figuera, D., Fernandez del Moral, A., López-Ibor, J. J., ... & Trujillo, M. (2013). A new time limited psychotherapy for BPD: preliminary results of a randomized and controlled trial. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(3).
726. Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., ... & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical psychology review*, 42, 1-15.
727. Driessen, E., Dekker, J. J., Peen, J., Van, H. L., Maina, G., Rosso, G., ... & Cuijpers, P. (2020). The efficacy of adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical Psychology Review*, 80, 101886.
728. Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
729. Karyotaki, E., Smit, Y., Henningsen, K. H., Huibers, M. J. H., Robays, J., De Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders*, 194, 144-152.
730. Bastos, A. G., Guimaraes, L. S. P., & Trentini, C. M. (2015). The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(5), 612-624.
731. Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*, 20(2), 97-108.
732. Lilliengren, P., Johansson, R., Lindqvist, K., Mechler, J., & Andersson, G. (2016). Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy*, 53(1), 90.
733. Lindegaard, T., Berg, M., & Andersson, G. (2020). Efficacy of internet-delivered psychodynamic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(4), 437-454.
734. Sahin, Z., Vinnars, B., Gorman, B. S., Wilczek, A., Åsberg, M., & Barber, J. P. (2018). Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline personality disorder. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 9(5), 437.
735. Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*, 56(1), 75-83.
736. Kivlighan III, D. M., Goldberg, S. B., Abbas, M., Pace, B. T., Yulish, N. E., Thomas, J. G., ... & Wampold, B. E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1-14.

Pszichodráma

737. Waniczek, S., Harter, K-E. & Wieser, M. A. (2005). Effects of psychodrama therapy with addicts. *Psychotherapie Forum* 13:12-16.
738. Zhou, Y.-P. & Gao, X.-C. (2004). Effect of psychodrama therapy on the trait-anxiety of patients with schizophrenia. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation* 8(27):5753-5755.
739. Avinger, K., & Jones, R. (2007). Group treatment of sexually abused adolescent girls: A review of outcome studies. *American Journal of Family Therapy*, 35, 315-326.
740. Smokowsky, P., & Bacallao, M. (2009). Entre Dos Mundos/between two worlds youth violence prevention: Comparing psychodramatic and support group delivery formats. *Small Group Research*, 40(1), 3-27.

741. Sharma, N. (2017). Effect of psychodrama therapy on depression and anxiety of Juvenile Delinquents. *International Journal of Indian Psychology*, 5(1), 38–47.
742. Terzioğlu, C. & Özkan., B. (2018). Psychodrama and the emotional state of women dealing with infertility. *Sexuality and Disability*. 36, pages 87–99.
743. Erbay, L. G., Reyhani, İ., Ünal, S., Özcan, C., Özgöçer, T., Uçar, C., et al. (2018). Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression? *Psychiatry Investigation*, 15(10), 970–975.
744. Terzioğlu, C. & Özkan., B. (2018). Psychodrama and the emotional state of women dealing with infertility. *Sexuality and Disability*. 36, pages 87–99.
745. Sharma, N. (2017). Effect of psychodrama therapy on depression and anxiety of Juvenile Delinquents. *International Journal of Indian Psychology*, 5(1), 38–47.
746. Erbay, L. G., Reyhani, İ., Ünal, S., Özcan, C., Özgöçer, T., Uçar, C., et al. (2018). Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression? *Psychiatry Investigation*, 15(10), 970–975.
747. Wang, Qi., Ding, F., Chen, D., Zhang, X., Shen, K., Fan, Y. & Li, L. (2020). Intervention effect of psychodrama on depression and anxiety: A meta-analysis based on Chinese samples. *The Arts in Psychotherapy*. (69) 101661
748. Wieser, M. (2007) Studies on treatment effects of psychodrama psychotherapy. in C. Baim, J. Burmeister, M. Maciel (Eds.) *Psychodrama. Advances in Theory and Practice*. pp. 271-292. London Brunner/Routledge
749. Karabilgin ÖS, Gökengin GB, Doğaner İ & Gökengin D. (2012). The effect of psychodrama on people living with HIV/AIDS. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*.;14(4):317–33.
750. Akinsola EF. & Udoka PA. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. *Psychology*. 4(03):246–53.
751. Péntes I., Bánki A. & Túry F. (2014). "Theater of the body" - the possibilities of psychodrama in the treatment of irritable bowel syndrome. *Psychiatria Hungarica*. 29(3):273-294.
752. Menichetti J., Giusti L., Fossati I. & Vegni E. (2016). Adjustment to cancer: Exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European Journal of Cancer Care*. 2016;25(5):903–15.
753. Özbaş, AA. & Tel, H. (2016). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. in *Palliative and Supportive Care*. 14(4):393–401.
754. Alby F, Angelici G, Picinotti S. & Zuccheromaglio C. (2017). A pilot study on an analytic psychodrama group for cancer patients and family members. *Rassegna di Psicologia*. 34(1):[67–77 pp.].
755. Carnabucci, K. & Ciotola, L. (2013) Healing Eating Disorders with Psychodrama and Other Action Methods: Beyond the Silence and the Fury. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy* (2015) 63 (1): 95–96. Jessica Kingsley Press
756. Gatta M., Lara DZ, Lara DC, Andrea S, Paolo TC, Giovanni C, et al. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*. 37(3):240–7.
757. Bilge, A. & Keskin, G. (2017). An evaluation of the effectiveness of anger management education enriched by psychodrama. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*. 8(2):59–65.
758. Olsson, P. A. (2018). Psychodrama and the Treatment of Narcissistic and Borderline Patients. *Psychodyn Psychiatry*. 46(2):252-264.
759. Krüger, R. (2017) *A zavarospecificus pszichodráma-terápia -Elmélete és gyakorlata*. Budapest, L' HARMATTAN.
760. López-González, MA, Morales-Landazábal, P., Topa G. (2021). Psychodrama Group Therapy for Social Issues: A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 18(9):4442.
761. Obichili, J. I., Ogwo, C. A., Udeh, K., Obiechina, C K., Kakwagh, V. V., Eze, C. C., Gever, V. C. (2023) Effect of social media-based psychodrama therapy on reduction in symptoms of postpartum depression in women with first birth experience: The contributing role of spousal support. *Health Care for Women International*. Published Online: 10 Aug 2023

762. Vural P., Akkaya C., Küçükparlak I., Ercan I. & Eracar N. (2014). Psychodramatic group psychotherapy as a parental intervention in attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*. 41(3):233–9.
763. Krall, H. (2017). Psychodrama mit Kindern – Zur Förderung sozialer Interaktion von mehrfach belasteten Kindern. *Erziehung und Unterricht*, 5-6, 9 S.
764. Costa, E., Antonio, R., Soares, M., & Moreno, R. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 40–43.
765. Dogan T. (2010). The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*. 37(2):112–9.
766. Smokowsky, P., & Bacallao, M. (2009). Entre Dos Mundos/between two worlds youth violence prevention: Comparing psychodramatic and support group delivery formats. *Small Group Research*, 40(1), 3–27.
767. Gatta M., Lara DZ, Lara DC, Andrea S, Paolo TC, Giovanni C, et al. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*. 37(3):240–7.
768. Orkibi H., Azoulay B., Snir S. & Regev D. (2017) In-session behaviours and adolescents' self-concept and loneliness: A psychodrama process–outcome study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 24:O1455–O63.
769. Biolcati R, Agostini F. & Mancini G. (2017). Analytical psychodrama with college students suffering from mental health problems: Preliminary outcomes. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. 20(3):201–9.
770. Abeditehrani, H., Dijk, C., Neyshabouri, M. D. & Arntz, A. (2021). Beneficial effects of role reversal in comparison to role-playing on negative cognitions about other's judgments for social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 70, Article 101599.
771. Kipper, D. A. & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 13–25.
772. López-González, M. A., Morales-Landazábal, P. & Topa, G. (2021). Psychodrama Group Therapy for Social Issues: A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 18(9), 4442
773. Ameln, F. v., Gerstmann, R. & Kramer, J. (2004). *Psychodrama*. Berlin: Springer.
774. Tschuschke, V., Anbeh T. & Kiencke P. (2007). Evaluation of Long-term Analytic Outpatient. *Group Therapies* 40(1):140-159
775. Wieser, M. (2004) Proof in effectiveness of psychodrama therapy. in J. Fürst , K. Ottomeyer, H. Pruckner (Eds.) *Psychodrama therapy. A handbook*. pp. 427-446. Wien: Facultas
776. McVea CS, Gow K. & Lowe R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research*. 21(4):416–29.
777. Wieser, M. (2011). Studies on Treatment Effects of Psychodrama Psychotherapy. in C.M.D. Sales, G. Moita, J. Frommer (Eds.). *Methodological Diversity in Psychotherapy and Consulting Research: Qualitative-Quantitative Approach*. pp. 37-40, 111-124. Lisbon, Universidade Autonoma de Lisboa
778. Orkibi H., Bar N. & Eliakim I. (2014). The effect of drama-based group therapy on aspects of mental illness stigma. *The Arts in Psychotherapy*. 41(5):458–66.
779. Azoulay B. & Orkibi H. (2015). The four-phase CBN Psychodrama model: A manualized approach for practice and research. *The Arts in Psychotherapy*. 42:10–8.
780. Krüger, R. (2017) *A zavarospecifikus pszichodráma-terápia -Elmélete és gyakorlata*. Budapest, L' HARMATTAN.
781. Orkibi, H. & Feniger-Schaal, R. (2019). *Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30779787/>
782. Akinsola, E. F., & Udoka, P. A. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. *Psychology*, 4(03), 246.
783. Mojahed, A., Zaheri, Y., & Moqaddam, M. F. (2021). Effectiveness of group psychodrama on aggression and social anxiety of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*, 73, 101756.

784. Gatta, M., Andrea, S., Paolo, T. C., Giovanni, C., Rosaria, S., Carolina, B., & PierAntonio, B. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in psychotherapy*, 37(3), 240-247.
785. Haghshenas, A., & Rezaei, H. (2018). The effectiveness of psychodrama techniques in improving the moral development of children with attention deficit hyperactivity disorder.
786. Karataş, Z., & Gökçakan, D. Z. (2009). The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. *Turk Psikiyatri Derg*, 20(4), 357-66.

Személyközpontú pszichoterápia

787. Elliott, R. (2016): Research on person-centered/ experiential psychotherapy and counselling: summary of the main findings, In: Person-centered Counselling and Psychotherapy. McGraw-Hill/Open University Press, Mainhead, Berkshire, pp.223-232.
788. Elliott, R. & Freire, B. (2008). *Person Centered Experiential Therapies are high effective Summary of the 2008 meta-analysis*. The British Association for the Person-Centred Approach: <http://www.bapca.org.uk/images/files/meta-summary.bapca.pdf> retrieved 02/08/2013
789. Duffy, K. E. M., Simmonds-Buckley, M., Saxon, D., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2022). The efficacy of individual humanistic-experiential therapies for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2227757>
790. Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423. doi.org/10.1037/pst0000171
791. Kolden, G. G., Wang, C.-C., Austin, S. B., Chang, Y., & Klein, M. H. (2018): Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 424–433. <https://doi.org/10.1037/pst0000162>
792. Angus, L., Watson, J.C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25, 330–347.
793. Lin, Y.W., & Bratton, S.C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling and Development*, 93(1), 45–58
794. Ray, D.C., Armstrong, S.A., Balkin, R.S., & Jayne, K.M. (2015). Child-centered play therapy in schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools*, 52(2), 107–123.
795. Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, van Oppen P, Barth J, Andersson G. (2012) The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *ClinPsycholRev.* ;32(4):280–291. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003.
796. Timulak, Ladislav, & Creaner, Mary. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred and experiential psychotherapies. In Mick Cooper, Jeanne C. Watson, & Dagmar Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 65–90). Llangarron, Ross-on-Wye: PCCS Books.
797. Nienhuis, J.B. (2014). A meta-analytic review of empathy and genuineness in individual adult psychotherapy. *Electronic Theses and Dissertations*. Paper 1063
798. Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12(1), 16–32. <https://doi.org/10.1080/14779757.2013.767750>
799. Newman MG, Schwob J, Rackoff G (2022): Within-Day Sudden Gains and Generalized Anxiety Disorder Psychotherapy Outcome. In: *Psychotherapy* September ; 59(3): 460–469. doi:10.1037/pst0000445.
800. Barkham, M., Saxon, D., Hardy, G. E., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera, N., Brazier, J. E. (2021). Person-centred experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): a pragmatic, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 487-499.
801. Delgadillo, J., & Gonzalez Salas Duhne, P. (2020). Targeted prescription of cognitive-behavioral therapy versus person-centered counseling for depression using a machine learning approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(1), 14.

802. Ghafoori, B., Wolf, M. G., Nylund-Gibson, K., & Felix, E. D. (2019). A naturalistic study exploring mental health outcomes following trauma-focused treatment among diverse survivors of crime and violence. *Journal of affective disorders*, 245, 617-625.
803. Meister, R., Jansen, A., Berger, M., Baumeister, H., Bschor, T., Harfst, T., Hautzinger, M., Kriston, L., Kühner, C., Schauenburg, H., Schorr, S. G., Schneider, F., & Härter, M. (2018). Psychotherapie depressiver Störungen: Verfahren, Evidenz und Perspektiven [Psychotherapy of depressive disorders: Procedures, evidence and perspectives]. *Der Nervenarzt*, 89(3), 241–251. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0484-6>
804. Lietaer G (2016): The research tradition in person-centered/ experiential psychotherapy and counseling: bibliographical survey 1940–2015, *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, DOI: 10.1080/14779757.2016.1139503
805. McLean, C. P., Su, Y. J., Carpenter, J. K., & Foa, E. B. (2017). Changes in PTSD and Depression During Prolonged Exposure and Client-Centered Therapy for PTSD in Adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(4), 500–510. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1012722>
806. Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Härter, M. (2017). Effect of disorder-specific vs nonspecific psychotherapy for chronic depression: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(3), 233-242.
807. Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Milliere, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., ... Gueyffier, F. (2009). Cognitive therapy versus rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 307–316. doi:10.1159/000229769
808. Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., & Gastpar, M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment. An empirical follow-up study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(6), 328–336. <https://doi.org/10.1159/000056273>
809. Barkham, M., Moller, N.P. and Pybis, J. (2017), How should we evaluate research on counselling and the treatment of depression? A case study on how the National Institute for Health and Care Excellence's draft 2018 guideline for depression considered what counts as best evidence. *Couns. Psychother. Res.*, 17: 253-268. <https://doi.org/10.1002/capr.12141>
810. Heidari, F., Amiri, A., & Amiri, Z. (2016). The Effect of Person-Centered Narrative Therapy on Happiness and Death Anxiety of Elderly People. *Asian Social Science*, 12(10), 117. doi:10.5539/ass.v12n10p117
811. Jacobs, N. & Reupert, A. (2014), The effectiveness of Supportive Counselling, based on Rogerian principles: A systematic review of recent international and Australian research. Melbourne: PACFA
812. King, M., Marston, L., & Bower, P. (2014). Comparison of non-directive counselling and cognitive behaviour therapy for patients presenting in general practice with an ICD-10 depressive episode: A randomized control trial. *Psychological Medicine*, 44(9), 1835-1844. doi:10.1017/S0033291713002377
813. Sa'ad, F. M., Yusoff, F., Nen, S., & Subhi, N. (2014). The Effectiveness of Person-centered Therapy and Cognitive Psychology Ad-din Group Counseling on Self-concept, Depression and Resilience of Pregnant Out-of-wedlock Teenagers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 927–932. doi:10.1016/j.sbspro.2013.12.809
814. Sun Kyung Kim & Myonghwa Park (2017) Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis, *Clinical Interventions in Aging*, 12:, 381-397, DOI: 10.2147/CIA.S117637
815. Von Humboldt, S., & Leal, I. (2013). 2112 – Psycho-emotional challenges within person-centered therapy through the eyes of older adults. *European Psychiatry*, 28, 1. doi:10.1016/s0924-9338(13)77003-2
816. Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37–51. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.37>
817. Livingstone, T. (2008). The Relevance of a Person-Centered Approach to Therapy with Transgendered or Transsexual Clients // *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(2), 135–144.
818. Stinckens, N., Elliott, R., & Leijssen, M. (2009). Bridging the gap between therapy research and practice in a person-centered/experiential therapy training program: The Leuven Systematic Case Study Research Protocol. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8(2), 143–162. <https://doi.org/10.1080/14779757.2009.9688486>

819. Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Behr, Michael; Hufnagel, Gerhard & Zülow, Carola von (2003). Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4, S. 197-206.
820. O’Leary, C. J. (2015). Person-centered couple and family therapy: the effects of an extra beat of time. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 236–247. doi:10.1080/14779757.2015.1043393
821. Sa’ad, F. M., Yusooff, F., Nen, S., & Subhi, N. (2014). The Effectiveness of Person-centered Therapy and Cognitive Psychology Ad-din Group Counseling on Self-concept, Depression and Resilience of Pregnant Out-of-wedlock Teenagers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 927–932. doi:10.1016/j.sbspro.2013.12.809
822. Bergmann, Jörg & Elliott, Robert (2014). Die Wirksamkeit der humanistisch-experienziellen Psychotherapie. In Werner Eberwein & Manfred Thielen (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 241–266). Gießen: Psychosozial-Verlag
823. Cain, D.J., Keenan, K., & Rubin, S. (Eds.) (2015). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (2nd ed.). Washington, DC: APA.
824. Muntigl, P., Knight, N., Watkins, A., Horvath, A. O., & Angus, L. (2013). Active retreating: Person-centered practice store paired is affiliation in therapy. *Journal of Pragmatics*, 53, 1–20. doi:10.1016/j.pragma.2013.03.019
825. Almlı, L. M., Fani, N., Smith, A. K., & Ressler, K. J. (2014). Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. In: *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17 (2), 355-70.
826. Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, et al. (2020): Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med* 17(8): e1003262.
827. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262> Dworkin, E. R., Wanklyn, S., Stasiewicz, P. R., & Coffey, S. F. (2018). PTSD symptom presentation among people with alcohol and drug use disorders: Comparisons by substance of abuse. In: *Addictive Behaviors*, 76, 188–194. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.08.019
828. Elliott, R. (2013). *Big data and little data*. Presentation to the British Association for the Person-Centred Approach Research Group. Edge Hill University, 29 June, 2013.
829. Fodor, K. E., & Bitter, I. (2015). Pszichológiai intervenciók traumatikus események után a poszttraumás stressz zavar megelőzésére. *Szisztematikus irodalmi áttekintés*. In: *Orvosi Hetilap*, 2015, 156(33), 1321–1334.
830. Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423. doi.org/10.1037/pst0000171
831. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. doi.org/10.1037/a0025749
832. Foa, EB.; Huppert, JD.; Cahill, SP. Emotional processing theory: An update. In: Rothbaum, BO., editor. *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*. New York: Guilford Press; 2006. p. 3-24.
833. Gershuny, B. S., Baer, L., Radosky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic 90 stress disorder: a case series. In: *Behaviour Research and Therapy*, 41 (9), 1029–1041. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00178-X
834. Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS (2015): Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims In: *Journal Trauma Stress* Apr;28(2):83-91. doi: 10.1002/jts.21998
835. Joseph, S (2004): Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications In: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 77, 101–119.
836. Joseph, S (2015): A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth In: *Posttraumatic growth and person-centered therapy*, 178-190.
837. Keller S.M, Zoellner L.A., Feeny N.C. (2010): Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: adherence, childhood sexual abuse history, and social support In *J Consult Clin Psychol*. 2010 December; 78(6): 974–979. doi:10.1037/a0020758.
838. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication (NCS-R). In: *Archives of General Psychiatry*, (62) 6, 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617

839. Kimerling, R., Allen, M. C., & Duncan, L. E. (2018). Chromosomes to social contexts: sex and gender differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 20(112), 114. doi: 10.1007/s11920-018-0981-0
840. Kolden, G. G., Wang, C.-C., Austin, S. B., Chang, Y., & Klein, M. H. (2018): Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 424–433. <https://doi.org/10.1037/pst0000162>
841. Lewis C, Roberts NP, Gibson S, et al. (2020): Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2020;11:1709709.
842. Linnman, C., Zeffiro, T.A., Pitman, R.K., & Milad, M.R. (2011): An fMRI study of unconditioned responses in post-traumatic stress disorder. In: *Biology of Mood and Anxiety Disorders*, 1(1): 8.
843. Maibom, H. L. (2017). Affective empathy. In H. L. Maibom (Ed.), *The Routledge handbook of philosophy of empathy* (pp. 22–32). Routledge/Taylor & Francis Group.
844. Mansdorf, I. J. (2008): Psychological interventions following terrorist attacks. In: *British Medical Bulletin*, 88:7-22.
845. Patterson, T., Joseph, S. (2007): Person-centered personality theory: support from self-determination theory and positive psychology In: *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 47 No. 1, 117-139 DOI: 10.1177/0022167806293008
846. Pintér G (2015) : A személyközpontú pszichoterápia In: *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina Kiadó.
847. Pintér G (2020): Könyvismertetés Jobst Finke (2019): Személyközpontú pszichoterápia és tanácsadás. Pszichopatológiai elmélet, kapcsolati koncepciók, terápiás technika c.könyvéről In: *Pszichoterápia* 29. évfolyam, 3. szám.
848. Pintér G (2022): A személyközpontú pszichoterápia, tanácsadás és segítő beszélgetés tréning kézikönyve. Tarsoly Kiadó.
849. Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. Reprinted in H. Kirschenbaum & V.L. Henderson (Eds.) (1990) *The Carl Rogers Reader* (pp. 219–35). London: Constable
850. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
851. Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science, Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
852. Sanders P, Joseph S (2013): Person-Centered Psychology – An Organismic Positive Approach to the Problems of Living and Helping People Flourish In: *Person-Centred Therapy Theory and Practice in the 21st Century*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
853. Sparks, J.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (2008): Common factors in psychotherapy In Lebow, J.L.(szerk) *Twenty first century psychotherapies. Contemporary approaches to theory and practice* (453-497). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
854. Stephen, J (2004): Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications In: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2004), 77, 101–119.
855. Tedeschi, R. G, Calhoun L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004.15:1–18.
856. Wright SL, Karyotaki E, Bisson JI, et al. (2022): Protocol for individual participant data meta-analysis of interventions for posttraumatic stress. *BMJ Open*;12:e054830. doi:10.1136/bmjopen-2021-054830
857. Pintér G.: A pszichoterápia és a terápiás képzés hatékonysága a személyközpontú modell keretében. Kandidátusi értekezés, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1992
858. Pintér G.: A személyközpontú pszichoterápia hatékonysága I. *Psychiatria Hungarica* No.2., 1993
859. Pintér G.: A személyközpontú pszichoterápia hatékonysága II. *Psychiatria Hungarica* No.4.,1993
860. Pintér G.: A pszichoterápia tudományos kutatása. In: Szőnyi G.(szerk.): *Pszichoterápia* . Medicina, Budapest, 2000 és 2007
861. Tringer L. A gyógyító beszélgetés, 5. kiadás, Medicina Kiadó, 2023.

Viselkedésterápia és standard kognitív terápia, Sématerápia, DBT, MBSR, Metakognitív terápia

862. Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1080–1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>
863. Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1063–1073. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006>
864. Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502–514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
865. Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunnington, D. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 163(3), 191–204. <https://doi.org/10.7326/M14-2841>
866. Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., & Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one*, 12(5), e0176849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849>
867. Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
868. Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., & Skarphedinnsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 74(3), 168–180. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1686653>
869. Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
870. Stevens, M. W. R., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 191–203. <https://doi.org/10.1002/cpp.2341>
871. Ma, Y., Hall, D. L., Ngo, L. H., Liu, Q., Bain, P. A., & Yeh, G. Y. (2021). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer: A meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 55, 101376. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101376>
872. Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Berman, F. M. G., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Individual Patient Data Meta-Analyses for Depression (IPDMA-DE) Collaboration, Riper, H., Patel, V., Mira, A., Gemmil, A. W., Yeung, A. S., Lange, A., Williams, A. D., Mackinnon, A., Geraedts, A., van Straten, A., Meyer, B., Björkelund, C., Knaevelsrud, C., ... Forsell, Y. (2021). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(4), 361–371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
873. Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(4), 413–421. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte>
874. Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 3(6), e208279. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
875. Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)
876. Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, 106, 152223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>

877. Pompoli, A., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Imai, H., Tajika, A., & Salanti, G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(12), 1945–1953. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003919>
878. Li, J. M., Zhang, Y., Su, W. J., Liu, L. L., Gong, H., Peng, W., & Jiang, C. L. (2018). Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 268, 243–250. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.020>
879. Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97–107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
880. Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
881. Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621–632. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>
882. Huang, K., Li, S., He, R., Zhong, T., Yang, H., Chen, L., Gao, H., & Jia, Y. (2022). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in older adults with insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 30(5), 592–597. <https://doi.org/10.1177/10398562221118516>
883. Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565.pub2>
884. Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
885. Alimoradi, Z., Jafari, E., Broström, A., Ohayon, M. M., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., Blom, K., Jernelöv, S., Kaldo, V., & Pakpour, A. H. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 64, 101646. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101646>
886. Yin, B., Teng, T., Tong, L., Li, X., Fan, L., Zhou, X., & Xie, P. (2021). Efficacy and acceptability of parent-only group cognitive behavioral intervention for treatment of anxiety disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC psychiatry*, 21(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03021-0>
887. Okumura, Y., & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 164, 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.023>
888. Ma, Z. R., Shi, L. J., & Deng, M. H. (2018). Efficacy of cognitive behavioral therapy in children and adolescents with insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas*, 51(6), e7070. <https://doi.org/10.1590/1414-431x20187070>
889. Arnberg, A., & Ost, L. G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 43(4), 275–288. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.947316>
890. Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 61, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
891. Furukawa, T. A., Weitz, E. S., Tanaka, S., Hollon, S. D., Hofmann, S. G., Andersson, G., Twisk, J., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Hegerl, U., Mergl, R., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Watanabe, N., & Cuijpers, P. (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 210(3), 190–196. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187773>
892. Kiluk, B. D., Ray, L. A., Walthers, J., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Magill, M. (2019). Technology-Delivered Cognitive-Behavioral Interventions for Alcohol Use: A Meta-Analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(11), 2285–2295. <https://doi.org/10.1111/acer.14189>

893. Yang, L., Zhou, X., Zhou, C., Zhang, Y., Pu, J., Liu, L., Gong, X., & Xie, P. (2017). Efficacy and Acceptability of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic pediatrics*, 17(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.002>
894. Dettore, D., Pozza, A., & Andersson, G. (2015). Efficacy of technology-delivered cognitive behavioural therapy for OCD versus control conditions, and in comparison with therapist-administered CBT: meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive behaviour therapy*, 44(3), 190–211. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1005660>
895. Wu, Y., Lang, Z., & Zhang, H. (2016). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 22, 1646–1653. <https://doi.org/10.12659/msm.895481>
896. Rooksby, M., Elouafkaoui, P., Humphris, G., Clarkson, J., & Freeman, R. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 29, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.006>
897. López-Pinar, C., Martínez-Sanchis, S., Carbonell-Vayá, E., Sánchez-Meca, J., & Fenollar-Cortés, J. (2020). Efficacy of Nonpharmacological Treatments on Comorbid Internalizing Symptoms of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of attention disorders*, 24(3), 456–478. <https://doi.org/10.1177/1087054719855685>
898. Chen, H., He, Q., Wang, M., Wang, X., Pu, C., Li, S., & Li, M. (2022). Effectiveness of CBT and its modifications for prevention of relapse/recurrence in depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 319, 469–481. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.027>
899. Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive behaviour therapy*, 43(3), 171–184. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
900. Young, Z., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2020). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of attention disorders*, 24(6), 875–888. <https://doi.org/10.1177/1087054716664413>
901. Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 43, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
902. Svaldi, J., Schmitz, F., Baur, J., Hartmann, A. S., Legenbauer, T., Thaler, C., von Wietersheim, J., de Zwaan, M., & Tuschen-Caffier, B. (2019). Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for Bulimia nervosa. *Psychological medicine*, 49(6), 898–910. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003525>
903. Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 30, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.10.004>
904. Schwartze, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 29(4), 415–431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>
905. Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and psychotherapy*, 90(3), 456–479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
906. Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive behaviour therapy*, 41(3), 185–202. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>
907. Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Shaw, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 79(4), 287–299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>

908. McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M. A., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*, 240, 412–420. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.080>
909. Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
910. Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M., & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 961–973. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.013>
911. Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
912. Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
913. Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K., & Roshanpajouh, M. (2020). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 30(2), 52–56. <https://doi.org/10.12809/eaap1885>
914. Lovas, D. A., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 240, 247–261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.017>
915. Li, J., Cai, Z., Li, X., Du, R., Shi, Z., Hua, Q., Zhang, M., Zhu, C., Zhang, L., & Zhan, X. (2021). Mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of palliative medicine*, 10(7), 7596–7612. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1212>
916. Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
917. Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
918. McCartney, M., Nevitt, S., Lloyd, A., Hill, R., White, R., & Duarte, R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 143(1), 6–21. <https://doi.org/10.1111/acps.13242>
919. Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., McGillivray, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. *American journal of psychotherapy*, 74(1), 4–12. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006>
920. Poissant, H., Mendrek, A., Talbot, N., Khoury, B., & Nolan, J. (2019). Behavioral and Cognitive Impacts of Mindfulness-Based Interventions on Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Behavioural neurology*, 2019, 5682050. <https://doi.org/10.1155/2019/5682050>
921. Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., & Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of affective disorders*, 292, 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.068>
922. Thimm, J. C., & Johnsen, T. J. (2020). Time trends in the effects of mindfulness-based cognitive therapy for depression: A meta-analysis. *Scandinavian journal of psychology*, 61(4), 582–591. <https://doi.org/10.1111/sjop.12642>

923. Liu, X., Yi, P., Ma, L., Liu, W., Deng, W., Yang, X., Liang, M., Luo, J., Li, N., & Li, X. (2021). Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 300, 113935. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113935>
924. Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 48(6), 445–462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>
925. Williams, K., Hartley, S., Langer, S., Manandhar-Richardson, M., Sinha, M., & Taylor, P. (2022). A systematic review and meta-ethnographic synthesis of Mindfulness-based Cognitive Therapy for people with major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(5), 1494–1514. <https://doi.org/10.1002/cpp.2773>
926. Başkaya, E., Özgüç, S., & Tanrıverdi, D. (2021). Examination of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *Issues in mental health nursing*, 42(11), 998–1009. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1920652>
927. DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
928. Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
929. Vogel, E. N., Singh, S., & Accurso, E. C. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of eating disorders*, 9(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>
930. Chen, S. Y., Cheng, Y., Zhao, W. W., & Zhang, Y. H. (2021). Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(6), 1128–1139. <https://doi.org/10.1111/jpm.12797>
931. Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating disorders*, 20(3), 196–215. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478>
932. Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(9), 881–888. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100311>
933. Gillespie, C., Murphy, M., & Joyce, M. (2022). Dialectical Behavior Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Outcomes After One Year of Follow-Up. *Journal of personality disorders*, 36(4), 431–454. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.431>
934. Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on social work practice*, 24(2), 213–223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
935. Warner, N., & Murphy, M. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training for individuals with substance use disorder: A systematic review. *Drug and alcohol review*, 41(2), 501–516. <https://doi.org/10.1111/dar.13362>
936. Little, H., Tickle, A., & das Nair, R. (2018). Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 91(3), 278–301. <https://doi.org/10.1111/papt.12156>
937. Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D., & Kannis-Dymand, L. (2022). The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(1), 131–146. <https://doi.org/10.1002/cpp.2633>
938. Normann, N., & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
939. Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L. Z., Asgharipour, N., & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(9), 901–909. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.170632>

940. Normann, N., van Emmerik, A. A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depression and anxiety*, 31(5), 402–411. <https://doi.org/10.1002/da.22273>
941. Ramezani, M. A., Ahmadi, K., Besharat, M., Noohi, S., & Ghaemmaghami, A. (2018). Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(6), 902–908. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1301690>
942. Carter, J. D., Jordan, J., McIntosh, V. V., Frampton, C. M., Lacey, C., Porter, R. J., & Mulder, R. T. (2022). Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 56(2), 137–143. <https://doi.org/10.1177/00048674211025686>
943. Groves, S. J., Porter, R. J., Jordan, J., Knight, R., Carter, J. D., McIntosh, V. V., Fernando, K., Frampton, C. M., Mulder, R. T., Lacey, C., & Joyce, P. R. (2015). Changes in neuropsychological function after treatment with metacognitive therapy or cognitive behavior therapy for depression. *Depression and anxiety*, 32(6), 437–444. <https://doi.org/10.1002/da.22341>
944. Shareh H. (2018). A Preliminary Investigation of Metacognitive Therapy and Habit Reversal as a Treatment for Trichotillomania. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(1), 1–20. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000546>
945. Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 68(4), 373–381. <https://doi.org/10.1002/jclp.20871>
946. Ajtay Gy (2017): A krónikus pszichés zavarok és a visszaesések kezelése metakognitív módszerekkel. Vizin, Ajtay, Simon (szerk.) Kihívások a kognitív terápiában. VIKOTE
947. Baer R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10,125-143.
948. Bailey, R., Wells, A. (2014). Metacognitive Therapy in the Treatment of Hypochondriasis: A Systematic Case Series. *Cognitive Therapy and Research*. 38(5), 541-550
949. Beck J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. The Guilford Press (magyarul: Kognitív terápia: kezdőknek és haladóknak. Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület, Budapest)
950. Crane R. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy. Distinctive features*. London, New York: Routledge
951. Farrell, J. M., Reiss, N., and Shaw, I. A. (2012). *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. Oxford: Wiley-Blackwell
952. Farrell, J. M. and Shaw, I.A. (2014). *Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Step-By-Step Treatment manual with Patient Workbook*. Oxford: Wiley-Blackwell
953. Fisher, P., Wells, A. (2009): *Metacognitive Therapy*. The CBT Distinctive Features Series, Routledge.
954. Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transferencefocused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
955. Hofmann S.G., Asnaani M.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
956. Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
957. Kabat-Zinn j. (2009). *Bárhová méz, ott vagy: Éberségmeditáció a mindennapi életben*. Budapest, Ursus Kiadó
958. Kazantzis N., Loung H.K., Usatoff A.S., Impala T., Yew R.Y., Hofmann S.G., (2018). The Process of Cognitive Behavioral Therapy: Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42;349-357
959. Knowles, M, Foden, P, El-Deredy, W, Wells, A (2016): A systematic review of efficacy of the Attention Training Technique in clinical and non clinical sample. *Journal of Clinical Psychology Vol 00(0) 1-14*.
960. Linehan M.M., Armstrong H.E. , Suarez A., Allmon D., Heard H.L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Arch Gen Psychiatry*, 48(12):1060-4.
961. Linehan M.M., Heard H.L., Armstrong H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients, *Arch Gen Psychiatry*, 50(12):971-974.

962. Myers, S.G., Wells, A. (2013). An experimental manipulation of metacognition: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 51(4), 177-184.
963. Norman N, van Emmerik, A, Morina N. (2014): The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, Vol 31 (402-411).
964. Papageorgiou, C. (2006): Treatment of recurrent major depression with Attention Training Behavior Research and Therapy, Vol. 36, Issue 9.
965. Perczel F.D. (2011): A kognitív terápia fénykora: A második és harmadik hullám. *Magyar Pszichológia Szemle*, 66.1.11-29.
966. Perczel Forintos D., Mórotz K. szerk. (2020). *Kognitív viselkedésterápia*, 4. bővített kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
967. Spada, M. M., Caselli, G. & Wells, A. (2013). A triphasic metacognitive formulation of problem drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 494-500.
968. Tringer L., Mórotz K. (1985). *Klinikai Viselkedésterápiák*, Magyar Pszichiátriai Társaság
969. Unoka Zs., (2011). Sématerápia. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66. 1. 31–45.
970. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2010). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press (magyarul: Sématerápia. Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület, Budapest)
971. Zindel S., Williams M., Teasdale J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, Guilford Publications
972. Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I. K., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorder: A Systematic Review and Application of the Society of Clinical Psychology Criteria for Empirically Supported Treatments. *Clinical psychology: a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 30(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>
973. Solmi, M., Croatto, G., Piva, G., Rosson, S., Fusar-Poli, P., Rubio, J. M., Carvalho, A. F., Vieta, E., Arango, C., DeTore, N. R., Eberlin, E. S., Mueser, K. T., & Correll, C. U. (2023). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Molecular psychiatry*, 28(1), 354–368. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01727-z>
974. Rameckers et al. (2021) 87 vizsgálatot magában foglaló multilevel meta-analízise súlyos személyiségzavarok kezelésében a DBT és a sématerápia esetében találta a legnagyobb hatásnagyságot, melyek hasonlóak voltak ($g > 0,9$).
975. Rameckers, S. A., Verhoef, R. E. J., Grasman, R. P. P. P., Cox, W. R., van Emmerik, A. A. P., Engelmoer, I. M., & Arntz, A. (2021). Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of clinical medicine*, 10(23), 5622. <https://doi.org/10.3390/jcm10235622>
976. Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500–505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
977. Bakos DS, Gallo AE, Wainer R (2015). Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemp Behav Health Care* 1: doi: 10.15761/CBHC.1000104
978. Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., Comtois, K. A. (1999): Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4): 279–292.
979. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002): Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1): 13–26.
980. Lopez-Morinigo, J. D., Ajnakina, O., Martínez, A. S. E., Escobedo-Aedo, P. J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S., ... & David, A. S. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 50(14), 2289-2301.
981. Sauve, G., Lavigne, K. M., Pochiet, G., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, 101854.

982. Liu, Y. C., Tang, C. C., Hung, T. T., Tsai, P. C., & Lin, M. F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), 130-139.
983. Penney, D., Sauve, G., Mendelson, D., Thibaudeau, E., Moritz, S., & Lepage, M. (2022). Immediate and sustained outcomes and moderators associated with metacognitive training for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*.
984. Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 952-962.
985. Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kuehne, F., Haerter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 227-240.

EMDR

986. Adams, R., Ohlsen, S., Wood, E. (2020). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1711349. <http://doi: 10.1080/20008198.2019.1711349>.
987. Banoğlu, K., Korkmazlar, Ü. (2022). Efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing group protocol with children in reducing posttraumatic stress disorder in refugee children. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100241. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100241>.
988. Bergmann, U. (2010). EMDR's neurobiological mechanisms of action: a survey of 20 years of searching. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 22-42.
989. Carletto, S., Malandrone, F., Berchiolla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., Hofmann, A., Ostacoli, L. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing for depression: a systematic review and metaanalysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1894736.
990. Chen, Y.R., Hung, K.W., Tsai, J.C., Chu, H., Chung, M.H., Chen, S.R., et al. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(8), e103676.
991. Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., McLean, L. (2018). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adults who have experienced complex childhood trauma: a systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 9, 534.
992. Cuijpers, P., van Veen, S. C., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis, *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165-180. <http://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
993. Dominguez, S. K., Matthijssen, S. J. M. A., Lee, C. W. (2021). Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and metaanalysis. *PLoS ONE*, 16(7), e0254778.
994. Forbes, D.; Bisson, J.; Monson, C.; Berliner, L. (2020). *Effective Treatments for PTSD*, Third Edition. International Society for Traumatic Stress Studies.
995. Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., Huchzermeier, C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: a randomized-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9:1384.
996. Herman, J.L. (2003). *Trauma és gyógyulás*. Háttér Kiadó – Kávészó Kiadó – NANE Egyesület
997. Högberg, G., Pagani, M., Sundin, O., Soares, J., Aberg-Wistedt, A., Tärnell, B., et al. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers: a randomized controlled study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 54-61.
998. Hoogsteder, L. M., Ten Thije, L., Schippers, E. E., Stams, G. J. J. M. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *The International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6-7), 735-757. <http://doi.org/10.1177/0306624X211010290>.
999. Horst, F., Den Ouden, B., Zijlstra, W., de Jongh, A., Lobbastael, J., & De Vries, J. (2017). Cognitive behavioral therapy vs. eye movement desensitization and reprocessing for treating panic disorder: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, 1409.

1000. Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim S., & Zand, S.O. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 358–368.
1001. Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
1002. Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., & Ostep, S. (2006). The effects of EMDR therapy on post-traumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management*, *13*, 291–308.
1003. Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M. & Amann, B. L. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1395. <http://doi: 10.3389/fpsyg.2018.01395>
1004. Lewey, J. H. Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O’Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *11*, 457–472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
1005. Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and metaanalysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*, 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>.
1006. Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management*, *11*, 195–208.
1007. Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., Delgadillo, J. (2017). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *25*(1), e10–e18.
1008. Meysner, L., Cotter, P., Lee, C. W. (2016). Evaluating the efficacy of EMDR with grieving individuals: a randomized control trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, *10*(1), 2–12. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.10.1.2>
1009. Natha, F., & Daiches, A. (2014). The effectiveness of EMDR in reducing psychological distress in survivors of natural disasters: a review. *Journal of EMDR Practice and Research*, *8*(3), 157–170. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.157>
1010. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2018). *Post-Traumatic Stress Disorder*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
1011. Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., et al. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): the EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *11*, 101–114.
1012. Pagani, M., Högberg, G., Fernandez, I., Siracusano, A. (2013). Correlates of EMDR therapy in functional and structural neuroimaging: a critical summary of recent findings. *Journal of EMDR Practice and Research*, *7*(1), 29–38.
1013. Rhoden, M.-A., McGowan, M. J., & Huang, H. (2019). A systematic review of psychological trauma interventions for juvenile offenders. *Research on Social Work Practice*, *29*(8), 892–909. <https://doi.org/10.1177/1049731518806578>
1014. Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *29*, 599–606.
1015. Roth, A., Dudley, O., Pilling, S. (2021). A competence framework for Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) therapy. NHS – Health Education England.
1016. Schäfer, I., Chuey-Ferrer, L., Hofmann, A., Liebermann, P., Mainusch, G., Lotzin, A. (2017). Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1255-9>.
1017. Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, *36*, 1515–1522.
1018. Sepehry, A. A., Lam, K., Sheppard, M., Guirguis-Younger, M., Maglio, A.-S. (2021). EMDR for depression: a meta-analysis and systematic review. *Journal of EMDR Practice and Research*, *15*(1), <http://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00038>

1019. Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*(2), 199–223.
1020. Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guilford.
1021. Shapiro, F., Solomon, R. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy. In: S. N. Gold, C. J. Dalenberg, & J. M. Cook (eds.) *APA Handbook of Trauma Psychology: Vol. 2. Trauma Practice* (pp. 193–212). American Psychological Association
1022. Tesarz, J., Leisner, S., Gerhardt, A., Janke, S., Seidler, G. H., Eich, W., & Hartmann, M. (2014). Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review. *Pain Medicine, 15*, 247–263.
1023. Ursano, R.J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J.D., Zatzick, D.F., Benedek, D.M., McIntyre, J.S., et al. [American Psychiatric Association]. (2004/2009). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 161* (Suppl. S11), 3–31.
1024. Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Radua, J., Hogg, B., Blanco, L., Lupo, W., Pérez, V., Robles-Martínez, M., Torrens, M., Amann, B. L. (2019). A multicenter Phase II rater-blinded randomized controlled trial to compare the effectiveness of eye movement desensitization reprocessing therapy vs. treatment as usual in patients with substance use disorder and history of trauma: a study design and protocol. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 108. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00108>.
1025. van der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K., Korn, D.L., et al. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(1), 37–46.
1026. Watts, B.V., Schnurr, P.P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W.B., & Friedman, M.J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*, e541–e550.
1027. Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., Kiernan, M. D. (2018). The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder: a systematic narrative review. *Frontiers in Psychology, 9*, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00923>.
1028. World Health Organization [WHO]. (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. World Health Organization.
1029. Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A. V., Zhou, X., Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evidence Based Mental Health, 24*(4), 153-160. <http://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300346>.
1030. Yunitri, N., Kao, C.-C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H.-L., Liu, D., Shen, S.-T. H., Chang, P.-C., Kang, X. L., Chou, K.-R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research, 123*, 102–113.
1031. Jarero, I., Givaudan, M., & Osorio, A. (2018). Randomized controlled trial on the provision of the EMDR integrative group treatment protocol adapted for ongoing traumatic stress to female patients with cancer-related posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of EMDR Practice and Research, 12*(3), 94–104. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.3.94>
1032. Amalia Osorio, María Cristina Pérez, Sofia Gabriela Tirado, Ignacio Jarero, Martha Givaudan. (2018) Randomized Controlled Trial on the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress with Adolescents and Young Adults Patients with Cancer, *American Journal of Applied Psychology*. Volume 7, Issue 4, pp. 50-56. doi: [10.11648/j.ajap.20180704.11](https://doi.org/10.11648/j.ajap.20180704.11)
1033. Portigliatti Pomeri A, La Salvia A, Carletto S, Oliva F, Ostacoli L. EMDR in Cancer Patients: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2021 Jan 18;11:590204. doi: [10.3389/fpsyg.2020.590204](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590204). PMID: 33536968; PMCID: PMC7847844.

Mentalizáció alapú pszichoterápia

1034. Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
1035. Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
1036. Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005652.pub2>
1037. Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment Outcome of 18-Month, Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in Patients with Severe Borderline Personality Disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 568–582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
1038. Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbbye, M. (2012). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 305–317. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x>
1039. Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(4), 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
1040. Malda Castillo, Javier & Browne, Claire & Perez Algorta, Guillermo. (2018). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 92. 10.1111/papt.12195.
1041. Vogt, K. S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and psychotherapy*, 92(4), 441–464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
1042. Carlyle, D., Green, R., Inder, M., Porter, R., Crowe, M., Mulder, R., & Frampton, C. (2020). A Randomized-Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Compared With Structured Case Management for Borderline Personality Disorder in a Mainstream Public Health Service. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.561916>
1043. Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*, 16(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>
1044. Yakeley, J., Gardner, T., Simes, E., McMurran, M., Moran, P., Crawford, M., Frater, A., Barrett, B., Cameron, A., Wason, J., Pilling, S., Butler, S., & Bateman, A. (2020). Mentalization for Offending Adult Males (MOAM): study protocol for a randomized controlled trial to evaluate mentalization-based treatment for antisocial personality disorder in male offenders on community probation. *Trials*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04896-w>
1045. Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
1046. Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., Graham, J., Smith, J., Thomson, A., & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8>
1047. Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European addiction research*, 24(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000485564>
1048. Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Simonsen, E., Sedoc Jørgensen, M., Pereira Ribeiro, J., Kongerslev, M. T., & Lieb, K. (2022). Perspectives on Dialectical Behavior Therapy and Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: Same, Different, Complementary?. *Psychology research and behavior management*, 15, 3179–3189. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S342257>

1049. Morken, K. T. E., Binder, P.-E., Molde, H., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017). Mentalization-based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: A pilot study. *Scandinavian Psychologist*, 4, e16. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e16>
1050. Robinson, P., Hellier, J., Barrett, B., Barzdaitiene, D., Bateman, A., Bogaardt, A., Clare, A., Somers, N., O'Callaghan, A., Goldsmith, K., Kern, N., Schmidt, U., Morando, S., Ouellet-Courtois, C., Roberts, A., Skårderud, F., & Fonagy, P. (2016). The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials*, 17(1), 549. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1606-8>
1051. Weijers, J., Ten Kate, C., Viechtbauer, W., Rampaart, L., Eurelings, E., & Selten, J. (2021). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: A rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 51(16), 2846-2855. doi:10.1017/S0033291720001506
1052. Byrne G, Murphy S, Connon G. Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2020;25(4):1022-1048. doi:10.1177/1359104520920689
1053. Nick Midgley, Eva A. Sprecher & Michelle Sled (2021) Mentalization-Based Interventions for Children Aged 6-12 and Their Carers: A Narrative Systematic Review, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20:2, 169-189, DOI: 10.1080/15289168.2021.1915654
1054. Oehlman Forbes, D., Lee, M., & Lakeman, R. (2021). The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*, 58(1), 50–67. <https://doi.org/10.1037/pst0000341>
1055. Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., & Muller, N. (2017). The structure and aims of time-limited MBT-C. In N. Midgley, K. Ensink, K. Lindqvist, N. Malberg, & N. Muller, *Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach* (pp. 63–82). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000028-004>
1056. Norka T. Malberg (2021) Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach, *Psychoanalytic Perspectives*, 18:1, 22-42, DOI: 10.1080/1551806X.2021.1845033
1057. Christea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Pealomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328.
- TFP
1058. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1-8.
1059. Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
1060. Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Agarwalla, P., Benecke, C., Schwald, O., Dammann, G. (2014). Change in identity diffusion and psychopathology in a specialized inpatient treatment for borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 559-569.
1061. Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder* (Vol. 8): John Wiley & Sons, Ltd.
1062. Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D., . . . Fonagy, P. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 395–409.
1063. Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmerman, J., Rentrop, M., . . . Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173-174.

1064. Hörz-Sagstetter, S., Volkert, J. R., M. Benecke, C. Germaud, H., D., Unterrainer, H. F., Schauenburg, H., Seidler, D., Buchheim, A., Doering, S., . Zimmerman, J. (2021). A Bifactor Model of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 103(2), 149-160.
1065. Kernberg, O. F. (2008). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. New Haven: Yale University Press.
1066. Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156): Guilford Press.
1067. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet <https://njt.hu/jogszabaly/2012-22-20-5H>, Letöltve: 2023. 12. 06.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával.

Ezt követően a szakterületi irányelvfejlesztői munkacsoport kialakítása történt meg, a szakterületnek megfelelően, majd az összeférhetlenségi nyilatkozatok kitöltése.

Az irányelvfejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló rendeletben foglaltak alapján történt.

A fejlesztőcsoport vezetője a fejlesztőcsoport tagjaival szóban, telefonon és elektronikusan egyeztetett, az elkészített egészségügyi szakmai irányelv tervzetet elküldte nekik. A csoport tagjai korrekciós javaslatot tettek, melyek a szövegbe kerültek, majd konszenzus alapján elfogadták a tervzetet.

Az egészségügyi szakmai irányelv tervzet összeállításának menete:

- Tájékozódás a hazai pszichoterápiás ellátás sajátosságairól, jelenleg alkalmazott lépésekről, dokumentált tevékenységekről a Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat valamint a vonatkozó társtagozatok bevonásával.
- Társszakmák egészségügyi szakmai irányelveinek tanulmányozása.
- Vonatkozó nemzetközi irányelvek (NICE, APA stb.) áttanulmányozása.
- A képzési, kimeneti követelmények, kompetenciák összegyűjtése, összehasonlítása a külföldi gyakorlattal.
- Irodalomkutatás: külföldi példák gyűjtése a pszichoterápiás ellátás folyamatáról.
- További kapcsolódó szakirodalom felkutatása.
- A egészségügyi szakmai irányelv struktúrájának kialakítása-szerkezeti vázlat kidolgozása a szakirodalmi adatok felhasználásával.
- Konzultációk a szakmai szervezetek képviselőivel (pszichoterápiás módszerspecifikus egyesületek, Pszichoterápiás Tanács Szövetség), az elkészült anyag véleményezése, javaslatok és ajánlások megfogalmazása és kidolgozása.
- Az egészségügyi szakmai irányelv tervzet részletes megfogalmazása, kiegészítése a megfogalmazott javaslatok figyelembevételével.
- Az elkészült egészségügyi szakmai irányelv szélesebb körű szakmai véleményezésre bocsátása.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalmi adatok keresése során a munkacsoport tagjai a PubMed, a Google Scholar, valamint a Cochrane adatbázisokban elsősorban az utóbbi 20 év (2003–2023) publikációit vizsgálta. Angol, illetve magyar nyelvű publikációk átnézése történt meg.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a vonatkozó fejezetben említett külföldi és magyar irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével és az irányelvkészítés során megjelenő szakmai konszenzussal a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő irányelv készíthető. A fejlesztőcsoport az angol nyelvű randomizált kontrollált tanulmányokból származó bizonyítékok mellett a magyar nyelvű hivatkozások esetén jogszabályokat, reprezentatív, validált módszertanon alapuló kutatások eredményeit, szakterületi konszenzusokat, szakkönyveket, szakfolyóiratokat, cikkeket is felhasználtak az irányelvhez.

A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A felhasznált bizonyítékokat a fejlesztő csoport kritikus szemmel értékelte, kitérve az adott vizsgálat módszertanára, elemszámára, jellegére, tartalmára és klinikai relevanciájára.

A vonatkozó fejezetben bemutatott bizonyítékbesorolást módosítás nélkül, de kiegészítve vettük át. Azokon a szöveg helyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai

tapasztalatán alapul az adott állítás, illetve külön besorolással került értékelésre ('E'). Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaltuk.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.

Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlások azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése (harmonizálása) a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye. A szövegben az információ forrása megjelölésre került.

Az ajánlásokat a *SIGN és az USPSTF által javasolt besorolási rendszerek alapján* a fejlesztőcsoport A, B, C, D, I kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az erős (A szintű) ajánlás megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát, illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki, illetve egy E kategória megjelölés szerepel, ami a szakértői konszenzusra és a gyakorlati alkalmazhatóságra vonatkozik.

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv megküldésre került az egészségügyi ellátási folyamatban érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatoknak véleményezésre. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezővel kialakított konszenzusnak.

Az egészségügyi szakmai irányelv az ellátásban érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatok összegyűjtött javaslatainak és véleményének összegzésén alapul. A javasolt módosításokat a fejlesztő csoport áttekintette, véleményezte, majd az elfogadott módosításokat beépítette. A beillesztésről, illetve a, módosításról szóló döntést a fejlesztők egyhangúan hozták meg.

A módszertani szempontoknak való megfelelést a fejlesztési folyamat leírásával teljesítette a fejlesztőcsoport.

6. Független szakértői véleményezés módszere

A vonatkozó hazai szakmai szervezetek és grémiumok képviselői a fejlesztőcsapat tagjaiként társszerzőként, vagy véleményező szakértőként vettek részt, teljesítve és megteremtve így a széleskörű szakmai konszenzus kívánalmát is. Ezen kívül a szakmai irányelv vonatkozó részét a pszichoterápiás módszerek vonatkozó egyesületei is többszörösen véleményezték.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem áll rendelkezésre.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1.3. Táblázatok

1. Táblázat – Alkalmazásra javasolt pszichodiagnosztikai eszközök betegcsoportonkénti felosztása ([4, 45, 48, 49] alapján saját összeállítás)

<p>Organikus és szimptomás mentális zavarok: F00-F09</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ACE-R - ACE-III. - ADAS-cog - AKV - Benton teszt - DWNB - Geriátriai depresszió skála - Korai mentális teszt - MMSE - MoCA - Óra rajzolási teszt
<p>Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok: F20-F29</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BPRS: Rövid Pszichiátriai Becslő Skála - DES: Disszociatív Élmények Skála - MMPI, MMPI-2 - Rorschach-teszt - RO-CS: Ego Impairment Index, WSum6 mutató, Szkizofrénia Index, Perceptual Thinking Index - SANS: Negatív Tünetek Becslési Skála - SAPS: Pozitív Tünetek Becslési Skála - SCID-5-CV - SCID-PANSS
<p>Bipoláris és kapcsolódó zavarok: F30-F31.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BDI: Beck Depresszió Kérdőív - HCL-32: Hypomania-Checklist 32 - MMPI, MMPI-2 - Rorschach-teszt - SCID-5-CV - YMRS: Young Mania Rating Scale
<p>Depresszív zavarok: F32-F39</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BDI: Beck Depresszió Kérdőív - C-SSR: Columbia Suicide Severity Rating Scale - HAM-D: Hamilton Depresszió Skála - MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MMPI, MMPI-2 - RKS: Rövid Kockázatbecslő Skála - RO-CS: Depresszió Index, S-CON szuicidium index - Rorschach-teszt - RS: Reménytelenség Skála - SCID-5-CV - ZSDS: Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála

<p>Szorongásos zavarok: F40-F41.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BAI: Beck Szorongás Leltár - HAM-A: Hamilton Szorongás Skála - MMFQ: Mark és Matthews-féle Félelmi Kérdőív - MMPI, MMPI-2 - Rorschach-teszt - SCID-5-CV - SCQ: Szociális Kogníció Kérdőív - SHAI: Egészségszorongás Kérdőív - STAI: Spielberger Szorongás Kérdőív
<p>Kényszeres és kapcsolódó zavarok: F42-F42.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BIS: Barratt Impulzivitás Skála - DY-BOCS: Dimenzionális Yale Brown Kérdőív - FAS: OCD Családi Akkomodációs Skála - MOCI: Maudsley Kényszer Kérdőív - PSWQ: Penn State Aggódás Kérdőív - RO-CS: Obszesszív Stílus Index - SCID-5CV - VOCl: Vancouveri Obszesszív Kompulzív Skála - Y-BOCS: Yale-Brown Kényszer Kérdőív
<p>Traumával és stresszorról összefüggő zavarok: F43-F43.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - IES-R: Események Hatása Kérdőív - MMPI-2 - PDS: Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála - PSS: Észlelt Stressz Kérdőív - RO-CS: Traumatikus Tartalom Index, Hipervigilancia Index
<p>Disszociatív zavarok: F44-F44.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DES: Disszociatív Élmények Skála - DIS-Q: Disszociáció Kérdőív - MDI: Többskálás Disszociáció Kérdőív - RO-CS: Realitás-Fantázia Skála - SSD: Disszociatív Állapotok Skála
<p>Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok: F45-F45.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - FKK: Fájdalomkatasztrófizáló Kérdőív - TAS-20: Torontói Alexitímia skála

<p>Táplálkozási és evészavarok: F50-F50.9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ANIS: Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív - BCDS: Bulimia Kognitív Disztorziós Skála - BSQ-14: Testforma kérdőív – rövid változat - EDI: Evési Zavar Kérdőív - Rorschach-teszt - SCID-5-CV
<p>Személyiségzavarok: F60-F69</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BIS: Barratt Impulzivitás Skála - Buss-Perry Agresszió Kérdőív - CERQ: Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív - DAS: Diszfunkcionális Attitűd Skála - DERS: Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív - EPQ: Eysenck-féle Személyiség Kérdőív - MMPI, MMPI-2 - RO-CS: Kölcsönös Autonómia Skála, Lerner-féle elhárító mechanizmusok skála, Agresszív Válaszok Skála, Rorschach Orális Függőség Skála, Egocentricitás Index - Rorschach-teszt - RSES: Rosenberg Önértékelés Skála - SCID-5-PD - SCID-5-AMPD - Szenzoros Élménykeresés Skála - Young-féle Séma Kérdőív - PID-5, PID-5-BF
<p>Mentális retardáció: F70-F79</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MAWI - RAVEN - WAIS-IV
<p>Zavarok súlyosságát, funkcionálitást mérő skálák:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - GAF: Global Assessment of Functioning Scale - SOFAS: Social and Functional Assessment Scale - WHODAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0

2. Táblázat: Az egyes pszichoterápiás módszerek hatékonyságának értékelése a BNO főcsoportok szerint (BNO-10 alapján) /a zárójelben szereplő két betűjel az irányelvben alkalmazott rangsorolási rendszerek értékelését, tehát az adott módszer hatékonyságát alátámasztó tudományos evidenciák szintjét jelzi/ [saját szerkesztés]

	F00- F09	F10- F19	F20- F29	F30- F39	F40- F48	F50- F59	F60- F69	F70- F79	F80- F89	F90- F98
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Aktív analízis*				E***	E	E	E			
Autogén tréning és szimbólumterápia				X (B, B)	X (B, B)	X (B, B)	X (D, I)			X (B, B)
Családterápia		X (A, A)	X (B, B)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (B, B)			X (A, A)
Csoportanalízis		X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)			
DREAM**				X (B, B)	X (B, B)	X (B, B)	X (B, B)			
Hipno-pszichoterápia		X (A, A)	X (C, B)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (C, B)		X (A, A)	X (A, A)
Individuálpszichológiai pszichoterápia				X (B, B)	X (B, B)	X (B, C)	X (B, C)			X (B, B)
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnóbehavior)	X (A, A)	X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (B, B)			X (D, C)
Jungi analízis				X (C, C)	X (C, C)	X (D, I)	X (D, I)			
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)				X (A, A)	X (B, B)	X (A, A)	X (D, C)			
Mozgás és táncterápia			X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (D, I)	X (C, C)		X (C, C)	X (C, C)
Pszichoanalízis		X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)			
Pszichoanalitikusan orientált terápia		X (A, A)		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, B)			
Pszichodráma		X (D, I)		X (A, B)	X (A, B)		X (A, B)			
Személyközpontú pszichoterápia				X (A, A)	X (A, A)	X (A, B)	X (B, B)		X (D, I)	X (A, B)
Viselkedésterápia és standard kognitív terápia		X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)				X (A, A)

EMDR		X (B, B)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)					
DBT	X (D, I)	X (B, B)				X (D, I)	X (A, A)			
Sématerápia				X (A, A)	X (D, I)	X (A, A)	X (A, A)			
MBSR				X (A, A)	X (A, A)					X (A, A)
Metakognitív terápia			X (A, A)	X (A, A)	X (B, B)	X (A, A)	X (A, A)			
Mentalizációs alapú terápia		X (A, A)	X (A, A)			X (A, A)	X (A, A)			X (A, A)
TFP							X (A, A)			
Gyermek- és serdülő- pszichoterápia				X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)	X (A, A)			X (A, A)

*Az aktív analízis módszere az analitikus irányzatokhoz tartozó, a világon kizárólag Magyarországon intézményesített módon egyesületi háttérrel rendelkező iskola. A kizárólagosságból adódóan a módszer nem rendelkezik kiterjedt nemzetközi kutatási tapasztalatokkal és megalapozással, hatékonyságát a régóta fennálló terápiás hagyomány gyakorlata igazolja és az analitikus módszertanhoz kapcsolódó kutatási evidenciák validálják. Hasonlóképpen analitikus gyökerekkel rendelkező, egyedülálló és leginkább a hazai szakmagyakorlatban elérhető terápiás módszer a DREAM is.

**Analitikus gyökerekkel rendelkező, egyedülálló és kifejezetten a magyar kulturális és szociális térben fejlődöttm illetve arra adaptált, a hazai szakmagyakorlatban elérhető rövidterápiás módszer.

***„E ” – az adott ajánlás az iránymutatás tartalmának jellegéből fakadóan kutatási paradigmákkal nem validálható, a témakör jellegéből adódóan akadémiai értelemben nem kutatott / nem kutatható, ugyanakkor a szakmagyakorlat hagyományai és a pszichoterápiás gyógyítás sokszor idigrafikus szemlélete mentén ajánlott, mely ajánlást szakértői szakmai konszenzus támogatja, a szakmagyakorlat evidenciája.

3. Táblázat:

Az egyes pszichoterápiás módszerek hatékonyságának besoroláshoz alapul vett szakirodalmi háttér hivatkozásjegyzék szerinti számai [saját szerkesztés]

PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZER, MÓDSZERC SOPORTOK	SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK SORSZÁMA HIVATKOZÁSJEGYZÉKBEN
Aktív analízis	39-61
Autogén tréning és szimbólumterápia	62-199
Családterápia	200-241

Csoportanalízis	242-276
DREAM	277-302
Gyermek- és serdülő-pszichoterápia	303-359
Hipno-pszichoterápia	360-427
Individuálpszichológiai pszichoterápia	428-449
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior)	450-499
Jungi analízis	500-538
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)	539-596
Mozgás és táncterápia	597-651
Pszichoanalízis és pszichoanalitikusan orientált terápia	652-736
Pszichodráma	737-786
Személyközpontú pszichoterápia	787-861
Viselkedésterápia és standard kognitív terápia, Sématerápia, DBT, MBSR, Metakognitív terápia	862-985
EMDR	986-1033
Mentalizációs alapú terápia	1034-1057
TFP	1058-1067

A táblázat a módszertani egyesületek által küldött szakmai anyagok, illetve az irányelv fejlesztő munkacsoport munkája alapján készült, saját szerkesztés.

4. Táblázat: Az egyes pszichoterápiás módszerek BNO-10 szerinti indikációi, kontraindikációi, illetve relatív kontraindikációk [saját szerkesztés]

Módszer	INDIKÁCIÓK	KONTRAINDIKÁCIÓK	RELATÍV KONTRAINDIKÁCIÓ
Aktív analízis	F30-39; F 40-48; F 50; F 51-52; F 53.0; F54; F 60.4-9; F61; F62; F 64-68; F95	F20-29, F00-09, F70-79., és a pszichoterápia általános ellenjavallatai	

Autogén tréning és szimbólumterápia	F32.00, F32.10, F33.00, F33.10, F40, F41, F43.1, F51, F52, F90.0, F92, F93, F4540, R51H0, I10H0, G43, G47, H81, B24H0, Z5660, F40.20, F42.20, F50.20, F50.80, F60-61	F00-09, akut intoxikáció, delírium, F20-F29, F30, F3100-3120, F3140-3150, F3220-3230, F3320-3330, F70-F79, F84, F90-93, alacsonyán szervezett BPD, Szomatikus kontraindikációk: akut gyomorfekély, akut szívinfarktus	antiszociális személyiségzavar, alacsonyán szervezett személyiségstruktúra, epilepszia, alacsonyán szervezett BPD
Családterápia	F10-19, F50, F91, F20, F32-39, F43, F41, F42, F45, F54, T74, N46, N97, F90, X60-84, gyermek- és serdülőkori, valamint a fiatal felnőttkori anorexia nervosa		
Csoportanalízis	F6-, F32-, F33- F40, F41, F43, F44, F45, F51, F52, F90-99, F2-,		F0-, F30, F31, F50, F7
DREAM	F1- enyhébb formái, F30-34, F40-41, F43-45, F63-69	F1-súlyos formái, F2-, F30-34 súlyos aktív fázisaiban, F42, F50-, F54- súlyos pszichoszomatikus zavarokban, F6- súlyosabb formái, lélektani krízisállapotban	
Hipno-pszichoterápia	F10-19, F31-39, F40-48, F50-59	F30	
Individuálpszichológiai pszichoterápia	F30-39, F40-48, F50-59, F60-69, F90-98	pszichotikus zavar, paranoid illetve szkizoid személyiségzavar, F20-F29, organikus mentális zavarokban, bipoláris affektív zavar aktív fázisaiban	súlyos patológiás állapotok, súlyos fokú depresszió, szorongás, személyiség zavarok, akut krízishelyzet
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior)	F06.3-F06.4, F32-F33, F40-F41, F43, F44, F50, F54, F60-69	F20-F29, F70-F79	F00-F09
Jungi analízis	F60, F43, F68, F50, F38, F32, F33, F34, F40, F41, F45, F11, F14	akut pszichózis, F00-09, F70-79	
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)	F31-34, F40-45, F48, F50-52, F60-61.	F20-29	F00-07

Mozgás és táncterápia	F20-29, F31-39, F40-48, F50-52, F60, F84, F90	F00-09, F25, F30, F31.0, F31.1, F31.2, F42, F70-79, F10-19,	F42
Pszichoanalízis	F 32-39, kivéve F33.3; F4-, kivéve F43.0; F5-, F6-.	F0-, F30, F31, F43.0, F7-	
Pszichoanalitikusan orientált terápia	F32-39, kivéve F33.3; F4-, kivéve F43.0; F5-, F6-	F0-, F7-	
Pszichodráma	F10-19, F32-39, F40-45, F60-69, F91, F92, F93	F00-F09, F70-79, F80-89	A pszichotikusok pszichodráma csoportja és a személyiségzavarral élők pszichodráma csoportja módszertanilag eltérést mutat az azonos módszeren belül.
Személyközpontú pszichoterápia	F30-39, F40-49, F50-59, F60-69, F80-89, F90-99	F20-29, akut pszichotikus állapot, F10-19, szerhasználati zavarok	
Viselkedésterápia és standard kognitív terápia	F10, F20, F30-33, F40.0, F41.1, F42, F43.2, F50, F90, F93.0-F93.2	Abszolút kontraindikáció nincs	Súlyos személyiségzavar antiszociális vonásokkal, súlyos mentális retardáció
EMDR	F32, F41, F42, F43, F45	Intoxikált állapot, súlyos kognitív zavar	Súlyos disszociatív tünetek, súlyos személyiségzavar
DBT	F10, F50, F60.3	Súlyos kognitív zavar, aktív pszichózis, akut veszélyeztető magatartás	Súlyos addiktológiai zavar alacsony motivációval, non-compliance, a teljes program lehetőségének hiánya
Sématerápia	F40, F50, F50.4, F60	Pszichotikus állapot, súlyos kognitív zavar	Aktív szerhasználat, alacsony motiváció
MBSR	F31-F33, F40-42, F90	Pszichotikus állapot, súlyos kognitív zavar	Súlyos pszichotrauma, akut krízis, disszociatív zavar
Metakognitív terápia	F20, F32, F33, F40, F43.2, F52, F63.3	Aktív pszichózis, súlyos kognitív zavar, aktuális krízis	Aktív szerhasználat, súlyos személyiségzavar antiszociális vonásokkal, motiváció hiánya
Mentalizációs alapú terápia	F1-, F4310, F50, F6020-6090, F9880	organikus mentális zavar F0-, F7-, F3-aktív és súlyos fázisai	
TFP	F60-69		
Gyermek- és serdülő-pszichoterápia	F31, F32, F33, F40, F41, F43, F50, F51, F60, F61, F93, önsértés, szülői reflektív funkció, anyai depresszió, koragyermekkor		

	kötődés, koragyermekkor szocio-emocionális és viselkedés jóllét, szülő-gyere interakció		
--	--	--	--

5. Táblázat: Az egyes pszichoterápiás módszerek alkalmazhatóságával kapcsolatos információk: javasolt heti óraszám/gyakoriság, ellátási kör (felnőtt, gyermek, egyéni, csoportos), online alkalmazhatóság, várható hatékonyság ideje [saját szerkesztés]

Módszer	Javasolt heti óraszám / gyakoriság	felnőtt ellátás (f), gyermekek-serdülő ellátás (gy)	egyéni ellátás (e), csoportos ellátás (cs)	online módon végezhető	mikortól várható változás? (becsült idő)	egyéb megjegyzés
Aktív analízis	heti 1-2 terápiai óra	f	e, cs	igen	15, jellemzően: 80 alkalom	
Autogén tréning és szimbólumterápia	heti 1 terápiai óra	f, gy	e, cs	igen	4-6, jellemzően 15-20 alkalom	önálló gyakorlás, önmegfigyelési napló vezetése
Családterápia	0,5-1 / 1,5 terápiai óra (heti/kétheti rendszerességben)	f, gy	e, cs	igen	8-20	A terápiai folyamat a családtagok bevonásával történik. Koterapeuta jav.
Csoportanalízis	heti 1-szer 2 terápiai óra	f, (gy)	cs, (e)	igen	fókuszált csoportmódszer alkalmazott csoportanalízis 40 óra (20 ülés). Jellemzően 100-150 óra.	az osztályos csoportpszichoterápia sajátos szetting, melyben a csa. releváns (kis és nagycs.)
DREAM	heti 1 terápiai óra	f	e, cs	igen	10-15	csoport esetén koterapeuta jav.
Hipno-pszichoterápia	heti 1 terápiai óra	f, gy	e, cs	igen	15-20	csoporthipnózis esetén koterapeuta jav.
Individuálpszichológiai pszichoterápia	heti 1 terápiai óra / csoport esetén heti 80-150 perc	f, gy	e, cs	igen	rövid, pszichodinamika i orientációjú IP pszichoterápia: 15 alkalom	Egyszemélyes esetvezetés: felnőtt egyéni terápia (individuálpszichológiai analízis), felnőtt párterápia, gyermek egyéni terápia (báb/játék terápia) Kettős vezetés, felnőtt csoport terápia, szülő-csoport terápia, párok individuálpszichológiai

						csoportterápiája, gyermek csoport terápia - individuálpaszichológiai szemléletű/személyiségelméletű gyermekjáték-dráma
Integratív pszichoterápia (KIP, NLP, ego-state, hipnóbehavior)	heti 1 terápiás óra	f, gy	e, cs	igen	a kórállapot súlyosságától függ	
Jungi analízis	heti 1-4 terápiás alkalom	f	e, cs	igen	20-30 alkalom után várható javulás - Átlagos terápiahossz: 50-150 alkalom	
Komplex integratív pszichoterápia (KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák)	heti 1-2 alkalom	f, gy	e, cs	igen	Rövid 20, hosszú 50-100	Csoport esetén koterapeuta ajánlott.
Mozgás és táncterápia	hetente 2x2 óra / 1x3 óra / kéthetente 6 óra	f, gy	e, cs	igen	50 óra, 3hónap - 2 év	koterapeuta ajánlott
Pszichoanalízis	heti 3 terápiás alkalom	f, (gy)	e	igen	3 hónap/időhatár nélküli	
Pszichoanalitikusan orientált terápia	heti 1-2 terápiás alkalom	f, (gy)	e	igen	3 hónap/2 év	
Pszichodráma	osztályos: heti 2x2-3 óra, ambuláns: heti 1x4-5 óra, pszichiátriai rehabilitáció: heti 2x1-2 óra, monodráma heti 3 óra	f, gy	cs, e	igen	Az adott patológiától és az egyéntől függ. Személyiségzavarok pl. hosszúterápiában megközelíthetők.	A pszichodráma pszichoterápia páros vezetésben zajlik. Fontos tudni, hogy a pszichodráma képzésen belül van mód gyerekdramatistává, bibliodramatistává, szociodramatistává és monodramatistává válni. Ezek közül a pszichodráma, a gyarekdráma és a monodráma pszichoterápiás módszer.
Személyközpontú pszichoterápia	heti 1 terápiás óra egyéni, vagy 2-3 óra csoport	f, gy	e, cs	igen	15 óra után várható, hossza ált.: 30-100 óra	Csoport esetén koterapeuta ajánlott.

Viselkedésterápia és standard kognitív terápia	1-2 alkalom, 50 perc	f, gy	e, cs	igen	5-20 alkalom	Csoport esetén koterapeuta ajánlott.
EMDR	1 x 50-90 perc	f, gy	e, cs	igen	4-5-től (egyszerű F43); 20-30 alkalomig (F32, F41, F42, komplex F43, F45)	
DBT	Egyéni terápia: 1x50 perc; csoportos készségfejlesztés: 1x2-2,5 óra; telefonos coaching sz.sz., terápiás team konzultáció: 1x60 perc	f, gy	e, cs	igen	6 hónap – 1 év	
Sématerápia	1-2 alkalom, 50-60 perc	f, gy	e, cs	igen	2 hónap – 1 év	
MBSR	1 alkalom, 2-2,5 óra; 6-7 órás elvonulás a teljes kezelés alatt 1 alkalommal	f, gy	e, cs	igen	8 hét	
Metakognitív terápia	1 alkalom, 50-60 perc	f, gy	e, cs	igen	8-16 hét	
Mentalizációs alapú terápia	heti 2 terápiás óra	f, gy	e, cs	igen	1,5 év	csoportban koterapeuta, hetente stábmegbeszélés, pszichiátriai háttér, előtte MBT-Introduction (pszichoedukáció) szükséges
TFP	heti 1 terápiás óra	f, (gy)	e	igen		
Gyermek- és serdülő-pszichoterápia	min. heti 1 terápiás óra	gy	e, cs	igen	alkalmazott eljárás függvénye	a szülőkkel folytatott terápiás munka a gyermek és serdülő pszichoterápiák szerves részét képezik

A táblázat a módszerspecifikus egyesületekkel egyeztetve, a beküldött szakmai anyagok alapján saját szerkesztéssel készült.

6. Táblázat: A BNO-10 főcsoportok szerint ajánlható pszichoterápiás módszerek a rendelkezésre álló evidenciák alapján. Az alkalmazás során terápia-kombinációk, illetve a pszichoterápia pszichofarmakoterápiás kezeléssel kombináltan is javasolt lehet. A pszichoterápiás módszerválasztásnál szükséges figyelembe venni a pszichoterápia alkalmazásának általános indikációit és feltételeit (ld. vonatkozó ajánlás). [saját szerkesztés]

BNO Főcsoport	Nemzetközi és hazai kutatásokkal, magas szintű bizonyítékokkal alátámasztott, igazoltan hatékony pszichoterápiás eljárások (EBP)	Hazai és nemzetközi szakmai ajánlások alapján alkalmazható pszichoterápiás eljárások	Szakmai konszenzusok és/vagy az alkalmazási hagyomány gyakorlata alapján ajánlható pszichoterápiás eljárások
Organikus és szimptomatikus mentális zavarok (F00-F09)	Integratív pszichoterápia		DBT
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia	EMDR, DBT	Pszichodráma
Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek (F20-F29)	Kognitív viselkedésterápia, EMDR, Metakognitív terápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Mozgás és táncterápia	Családterápia	Hipno-pszichoterápia
Hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (F30-F39)	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Személyközpontú pszichoterápia, Komplex integratív pszichoterápia, Mozgás és táncterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, EMDR, Sématerápia, Pszichodráma, MBSR, Gyermek és serdülő pszichoterápia	Metakognitív terápia, DREAM, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Autogén tréning és szimbólumterápia	Jungi analízis, Aktív analízis
Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek (F40-F48)	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Személyközpontú pszichoterápia, Mozgás és táncterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Kognitív és viselkedésterápia, EMDR, Pszichodráma, MBSR, Gyermek és serdülő pszichoterápia	Metakognitív terápia, DREAM, Autogén tréning és szimbólumterápia, Komplex integratív pszichoterápia,	Jungi analízis, Aktív analízis, Sématerápia

Viselkedészavar szindrómák, fiziológiai zavarokkal és fizikai tényezőkkel társulva (F50-F59)	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, EMDR, Pszichodráma, MBSR, Sématerápia, Metakognitív pszichoterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Gyermek és serdülő pszichoterápia	Individuálpszichológiai pszichoterápia, DREAM, Autogén tréning és szimbólumterápia	Jungi analízis, Aktív analízis, Mozgás és táncterápia, Személyközpontú pszichoterápia, DBT
A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai (F60-F69)	Csoportanalízis, Pszichoanalízis, Kognitív viselkedésterápia, TFP, Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, Pszichodráma, DBT, Sématerápia, Metakognitív terápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Gyermek és serdülő pszichoterápia	Mozgás és táncterápia, Családterápia, Hipno-pszichoterápia, Személyközpontú pszichoterápia, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, DREAM	Jungi analízis, Aktív analízis, Autogén tréning és szimbólumterápia, Komplex integratív pszichoterápia,
Mentális retardáció (F70-F79)			
A pszichés (lelki) fejlődés zavarai (F80-F89)	Hipno-pszichoterápia	Mozgás és táncterápia	Személyközpontú pszichoterápia
A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban jelentkező zavarai (F90-F98)	Gyermek és serdülő pszichoterápia, Családterápia, Hipno-pszichoterápia, Individuálpszichológiai pszichoterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Kognitív viselkedésterápia, MBSR	Autogén tréning és szimbólumterápia, Mozgás és táncterápia, Személyközpontú terápia	Aktív analízis, Integratív pszichoterápia

7. Táblázat – A depresszió pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (NICE és APA alapján)

APA guideline	NICE guideline
viselkedésterápia	viselkedésaktiváció, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók
CBT, MBCT	CBT, MBCT
IPT	IPT
pszichodinamikus terápia	rövid dinamikus terápia
szupportív terápia	

8. Táblázat – A bipoláris zavar pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
pszichoszociális intervenciók	visszaesés megelőzésre irányuló pszichológiai intervenciók
pszichoedukáció	pszichoedukáció
CBT	CBT
családterápia	családtagok bevonásával zajló pszichológiai intervenciók
IPT	
pszichodinamikus terápia	

9. Táblázat – A szorongásos zavarok szakpszichológiai/pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
	alacsony intenzitású intervenciók
	magas intenzitású pszichoterápiák
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	rövid dinamikus terápia
	relaxáció

10. Táblázat – A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
pszichoanalitikus/pszichodinamikus terápia	krízisintervenció
	MBT
DBT	DBT
	TFP
	Sématerápia

11. Táblázat – A kényszeres/kényszerhez társuló zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	
családterápia	

12. Táblázat – A traumával vagy stresszorzal összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
hosszú expozíciós terápia	hosszú expozíciós terápia
rövid eklektikus pszichoterápia	
EMDR	EMDR
narratív expozíciós terápia	narratív expozíciós terápia.

13. Táblázat: Módszerspecifikus pszichoterápiás egyesületek Magyarországon [saját szerkesztés]

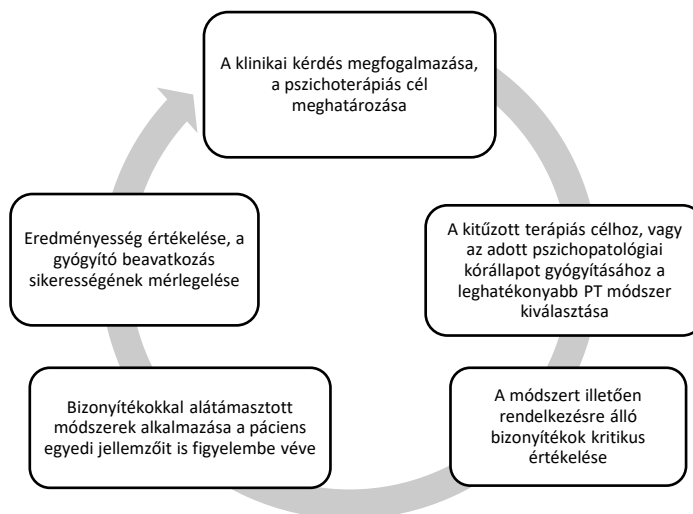
EGYESÜLET NEVE	PSZICHOTERÁPIA neve	EGYESÜLET ELÉRHETŐSÉGE
1. Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete (AKAPE)	-aktív-analitikus pszichoterápia	info@aktiv-analizes.hu , akape2014@gmail.com Honlap: www.aktiv-analizes.hu
2. Csoportanalitikus és Kiképző Társaság (CSAKIT)	- csoportanalitikus pszichoterápia - specifikus csoport-pszichoterápia	csakitkepzes@gmail.com Honlap: www.csoportanalizes.wordpress.com
3. Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely (DREAM)	- DREAM-terápia - módszerspecifikus DREAM-terápia	dreamterapia@gmail.com Honlap: www.dreamterapia.hu
4. Integratív Pszichoterápiás Egyesület (IPE)	- integratív pszichoterápia - KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior	info@integrativ.hu Honlap: www.integrativ.hu
5. Magyar Csoportpszichoterápiás Egyesület (MaCsopE)		macsope@gmail.com Honlap: www.macsope.hu
6. Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület (MAPE)	-jungli analitikus pszichoterápia	info@cgjung.hu Honlap : www.cgjung.hu
7. Magyar Családterápiás Egyesület (MCSE)	- családpszichoterápia - családterápia	Honlap: www.csaladterapia.hu
8. Magyar Hipnózis Egyesület (MHE)	- hipnoterápia	mheasszisztens@gmail.com Honlap: www.hipnozis-mhe.hu
9. Magyar Individuálpszichológiai Egyesület (MIPE)	- individuálpszichológiai pszichoterápia	sz.ferencz.edit@gmail.com Honlap: www.mipe.hu
10. Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület (MAKOMP)	- komplex integratív pszichoterápia - KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák	info@makomp.hu Honlap: www.makomp.hu
11. Magyar Mozdulás- és Tánc Terápiás Közhasznú Egyesület (MMTE)	- pszichodinamikus mozgás-és tánc terápia	info@tancterapia.net Honlap: www.mozgasterapia.net
12. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület (MPE)	- pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia - pszichoanalízis (standard analízis)	info@psychoanalysis.hu Honlap: www.psychoanalysis.hu
13. Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület (MRSZE)	- autogén tréning - meditáció-imagináció - szimbólumterápia	info@relaxacio.hu Honlap: www.relaxacio.hu
14. Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület (POPKE)	- pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia - pszichoanalitikus pszichoterápia - pszichoanalitikus rövid pszichoterápia	janos.harmatta@gmail.com Honlap: www.tunderhegy.hu/popke

	- fókuszált pszichodinamikus pszichoterápia	
15. Magyar Pszichodráma Egyesület	- pszichodráma pszichoterápia - gyermek- és serdülő pszichodráma pszichoterápia - monodráma pszichoterápia	info@pszichodrama.hu Honlap: www.pszichodrama.hu
16. Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület (MaSZk PTE)	személyközpontú pszichoterápia	info@szemelykozpontu.hu Honlap: www.szemelykozpontu.hu
17. Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület (VIKOTE)	-kognitív viselkedésterápia -sématerápia	vikote@vikote.hu Honlap: www.vikote.hu

A hosszú időre visszanyúló hagyományokon felépülő magyar pszichoterápiás gyakorlat ismer és alkalmaz más, Magyarországon még nem akkreditált, de nemzetközileg elismert és széles körben alkalmazott, klinikai kutatásokkal alátámasztott, evidenciákkal rendelkező módszereket is (pl. IPT, EMDR, sématerápia stb.), melyek önállóan, vagy egy másik módszer iskolájához/egyesületéhez kapcsolódva kínálnak meghatározott indikációk esetében terápiás lehetőségeket. A pszichoterápiás módszereket és az eljárások részletes alkalmazhatóságát illetően (indikációk, kontraindikációk, technikák stb.) a vonatkozó pszichoterápiás szakmai irányelv szolgál releváns iránymutatásként.

1.4. Algoritmusok

1. Ábra: A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás munka folyamata [saját szerkesztés]



2. **Ábra:** A szakpszichológus pszichoterapeuta szakképződés útjai [1067]

Alapképzés - 3 év - Viselkedéselemző		
Mesterképzés - 2 év - Okleveles pszichológus (MA, MSc)		
Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt, vagy gyermek- és ifjúsági szakpszichológus (4 év)	Neuropszichológiai szakpszichológia (4 év)	Alkalmazott egészségpszichológia (3 év)
↓	<i>Propedeutika (1 év)</i>	
Pszichoterapeuta képzés (2 év) + módszerspecifikus képzés + 21+3 hónap gyakorlat		

3. **Ábra:** A szakorvos pszichoterapeuta szakképződés útjai [1067]

Általános orvos (6 év), Fogorvos	
Elsődleges szakorvosi szakvizsga (változó időtartam)	
Pszichiáter szakorvos	<i>Egyéb (nem pszichiáter) szakorvos</i>
↓	<i>Propedeutika (1 év)</i>
Pszichoterapeuta képzés (2 év) + módszerspecifikus képzés + 21+3 hónap gyakorlat	

1.5. **Egyéb dokumentumok**

Nincs.