

# EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTERIUM HIVATALOS LAPJA

## TARTALOM

### I. RÉSZ Személyi rész

### II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

77/2024. (IV. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról ..... 906

### III. RÉSZ Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

### IV. RÉSZ Útmutatók

### V. RÉSZ Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a pszichoterápiás ellátásról ..... 909  
A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a Parkinson-kór és a parkinsonizmus kezeléséről ..... 1044  
A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az alkohol által okozott mentális zavarokról ..... 1176  
A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ közleménye orvostechnikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezetek feljogosításáról törléséről ... 1226  
1/2024. (IV. 4.) OKFŐ utasítás az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetményén felüli díjairól és vezetői juttatásairól ..... 1227

### VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

### VII. RÉSZ Vegyes közlemények

Pályázati hirdetemény betölthető állásokra ..... 1234

## I. RÉSZ Személyi rész

## II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

### A Kormány 77/2024. (IV. 3.) Korm. rendelete az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról

A Kormány a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alaptörvény 15. cikk (1) bekezdésében meghatározott feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

- 1. §** Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) a következő 10/A. §-sal egészül ki:  
„10/A. § (1) Az a Felzárkózó Települések Programban résztvevő egészségügyi szolgáltató, amely  
a) hajléktalanok háziorvosi ellátására vonatkozó működési engedéllyel rendelkezik, és  
b) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet 3. számú mellékletében felsorolt szakmák közül legalább 5 szakmában telemedicina útján nyújt egészségügyi szolgáltatást  
[az a) és a b) pont szerinti feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltató a továbbiakban: Mozgó Egészségügyi Központ], a koordináló és egészségügyi tevékenységéért minden 5000 fő ellátandó lakos után havonta a 10. § (1) bekezdése szerinti díj összegének 7,32-szeresére jogosult. A havi finanszírozási összeg nem haladhatja meg a rendelkezésre álló, időarányos „Mozgó Egészségügyi Központok működtetése” előirányzat egyhavi összegét.  
(2) Az (1) bekezdés szerinti finanszírozás az e tevékenység végzése során alkalmazott orvosok, egészségügyi szakdolgozók és egészségügyben dolgozók teljes bér fedezetét is tartalmazza, ezért az egészségügyi szolgáltató további bértámogatás igénylésére nem jogosult.  
(3) Az (1) bekezdés szerint végzett ellátások fedezetéül az Egészségbiztosítási Alap a 2. cím 7. alcím 7. Célelőirányzatok jogcímcsoport „Mozgó Egészségügyi Központok működtetése” előirányzata szolgál.”
- 2. §** A Kr. a következő 77/I. §-sal egészül ki:  
„77/I. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 77/2024. (IV. 3.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Módr.14.) megállapított 10/A. § szerinti díjazásra az ott meghatározott egészségügyi szolgáltató 2024. március hónaptól jogosult.  
(2) Az az egészségügyi szolgáltató, amely a 2024. évben már igényelt működési költségelőleget, ezen kérelméhez kapcsolódva kérheti a működési költségelőleg kiegészítését a Módr.14.-gyel megállapított 6/A. § (3) bekezdése szerinti összeg erejéig.”
- 3. §** A Kr. 5. számú melléklete helyébe az 1. melléklet lép.
- 4. §** A Kr. 6/A. § (3) bekezdésében a „30 százaléka” szövegrész helyébe a „80 százaléka” szöveg lép.
- 5. §** Ez a rendelet a kihirdetését követő napon lép hatályba.

Orbán Viktor s. k.,  
miniszterelnök

1. melléklet a 77/2024. (IV. 3.) Korm. rendelethez

„5. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

		<i>Millió forint</i>
	Megnevezés	2024. évi előirányzat
	<b>Háziorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás</b>	
	Praxisfinanszírozás	99 790,7
	Praxistámogatás	12 447,7
	Háziorvosi, szakdolgozói bértámogatás	118 149,6
	Indikátorrendszer finanszírozás és teljesítményfinanszírozás	27 105,3
	Eseti ellátás díjazása	649,3
	Ügyeleti szolgálat	13 106,2
<b>1.</b>	<b>Háziorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás összesen</b>	<b>271 248,8</b>
	<b>Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem</b>	
	Iskolaegészségügyi ellátás	2 317,1
	Iskolaegészségügyi ellátás bértámogatás	255,1
	Védőnői ellátás	24 009,8
	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	483,4
	MSZSZ: gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ: nőgyógyászat	96,3
<b>2.</b>	<b>Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen</b>	<b>27 283,3</b>
	<b>Fogászati ellátás</b>	
	Praxisfinanszírozás	38 970,3
	Praxistámogatás	4 383,3
	Indikátorrendszer finanszírozás	3 543,4
	Fogorvosi, szakdolgozói bértámogatás	45 469,1
<b>3.</b>	<b>Fogászati ellátás összesen</b>	<b>92 366,1</b>
<b>4.</b>	<b>Otthoni szakápolás</b>	<b>8 980,8</b>
<b>5.</b>	<b>Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás</b>	<b>12 796,9</b>
<b>6.</b>	<b>Művesekezelés</b>	<b>38 771,1</b>
	<b>Célelőirányzatok</b>	
	Méltányossági alapon történő térítések	3 911,3
	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	55,0
	Tartósan betöltetlen háziiorvosi és fogorvosi körzetek betöltésének, valamint háziiorvosi és fogorvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatása	1 250,0
	Tervezett külföldi ellátások orvosi felülvizsgálata	20,0
	Egészségügyi dolgozók 2018–2024. évi béremelésének fedezete	912 236,8
	Egészségügyi dolgozók fix összegű bérkiegészítésének, béremelésének fedezete	3 830,1
	Az egészségügyi dolgozók pénzellátást helyettesítő jövedelem-kiegészítése	38 482,6
	Fiatal szakorvosok támogatása	320,8
	Mozgó Egészségügyi Központok működtetése	1 673,5
<b>7.</b>	<b>Célelőirányzatok összesen</b>	<b>961 780,1</b>
<b>8.</b>	<b>Mentés</b>	<b>45 560,5</b>

<b>9.</b>	<b>Laboratóriumi ellátás</b>	<b>24 758,1</b>
	<b>Összevont szakellátás</b>	
	Járóbeteg-szakellátás	198 122,7
	Népegészségügy fejlesztése	2 717,5
	Működési költségelőleg	6 000,0
	Molekuláris diagnosztikai (PCR) ellátás	7 700,1
	Fekvőbeteg-szakellátás	646 636,7
	<i>aktív fekvőbeteg-szakellátás</i>	554 435,0
	<i>krónikus fekvőbeteg-szakellátás</i>	85 274,1
	<i>fogvatartottak egészségügyi ellátása</i>	1 927,6
	<i>várólista csökkentés</i>	5 000,0
	Extrafinanszírozás	1 000,0
	Speciális finanszírozású szakellátás	50 734,1
<b>10.</b>	<b>Összevont szakellátás összesen</b>	<b>912 911,1</b>
<b>12.</b>	<b>Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék</b>	<b>2 735,6</b>
<b>13.</b>	<b>Finanszírozási rendszer támogatása</b>	<b>24 057,6</b>
<b>14.</b>	<b>Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás</b>	<b>129 659,8</b>
<b>ÖSSZESEN</b>		<b>2 552 909,8</b>

---

### III. RÉSZ

## Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

---

### IV. RÉSZ

## Útmutatók

---

### V. RÉSZ

## Közlemények

---

#### A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a pszichoterápiás ellátásról

**Típusa:** Klinikai egészségügyi szakmai irányelv  
**Azonosító:** 002237  
**Érvényesség időtartama:** megjelenést követő 3 évig érvényes

#### 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. Csígó 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. Házirosvostan Tagozat**

Dr. Szabó János, házirosvostan 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.***

---

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

**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.

**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**

<b>Egészségügyi kérdéskör:</b>	szakpszichológia, pszichiátria pszichoterápia
<b>Ellátási folyamat szakasza(i):</b>	prevenció, pszichodiagnosztika, terápia, pszichoterápia, gondozás, edukáció, lelki felkészítés, rehabilitáció
<b>Érintett ellátottak köre:</b>	felnttörú pszichiátriai betegek, pszichés, mentális, pszichológiai és viselkedéses problémákkal küzdő betegek, szomatikus betegek, betegek hozzátartozói, egészségügyi ellátásban részt vevő szakszemélyzet
<b>Érintett ellátók köre</b>	
<b>Szakterület:</b>	7104 pszichoterápia (szakpszichológusi ráépített szakképesítéssel) 1805 pszichoterápia
<b>Ellátási forma:</b>	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”
<b>Progresszivitási szint:</b>	I–II–III. szint.
<b>Egyéb specifikáció:</b>	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 jólét előmozdítását segítő eszközökkel keresi (CPA). A klinikai szakpszichológus a klinikai gyakorlat során a diszfunkcionális magatartásmódokkal és pszichikus zavarokkal kapcsolatos állapotfelmérési, prevenciós, 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 szakvizsgával (orvosegyetemen szakképzés keretében megszerzhető 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 szakvégzettséget 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 jelenléten alapuló meditáció, melyre épülő stresszcsoökkentő módszer a klinikai gyakorlatban számos területen alkalmazható.

**pszichiátriai tünet:** Olyan gondolati, érzelmi vagy viselkedésbeli eltérés, mely az átlaghoz képest túl gyakran, túl ritkán vagy az adott szituációban inadekvátn 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 kezeléssel, a kezelés technikai kivitelezéséről, a gyógyulást támogató teendőkről és a rizikófaktorokról egyaránt.

**pszichológiai intervenciók/beavatkozások:** Lélektani beavatkozások. Intervencióknak 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 célzattal interveniál, és amelyet ráépített pszichoterapeuta szakvégtzettséggel rendelkező szakorvos és/vagy szakpszichológus végezhet önállóan. Módszerspecifikus képtzettséggel 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 végtzettség.



**szenvedésnyomás:** 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

<b>AIDS:</b>	acquired immunodeficiency syndrome – szerzett immunhiányos tünetegyüttes
<b>AIP:</b>	adaptív információ-feldolgozási
<b>AKAPE:</b>	Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete
<b>APA:</b>	American Psychological Association, American Psychiatric Association
<b>BNO-10:</b>	Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 10. verzió
<b>BNO-11:</b>	Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 11. Verzió
<b>CPA:</b>	Canadian Psychological Association
<b>CBT:</b>	Kognitív Viselkedésterápia
<b>CSAKIT:</b>	Csoportanalitikus és Kiképző Társaság
<b>DBT:</b>	Dialektikus Behavior Terápia
<b>DREAM:</b>	Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely
<b>DSM-5:</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve, 5. kiadás)
<b>DBT:</b>	Dialektikus viselkedésterápia
<b>EBP:</b>	evidence based practice
<b>EMDR:</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<b>EPA:</b>	European Psychiatric Association
<b>GAF:</b>	Global Assessment of Functioning Scale
<b>HIV:</b>	humán immundeficiencia-vírus
<b>IAGP:</b>	International Association for Group Psychotherapy and Group Processes
<b>IPE:</b>	Integratív Pszichoterápiás Egyesület
<b>IPT:</b>	interperszonális terápia
<b>MaCsopE:</b>	Magyar Csoportpszichoterápiás Egyesület
<b>MAKOMP:</b>	Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület
<b>MaSZk PTE:</b>	Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület
<b>MASZEPTE:</b>	Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület
<b>MAPE:</b>	Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület
<b>MCSE:</b>	Magyar Családterápiás Egyesület
<b>MBCT:</b>	mindfulness alapú kognitív terápia
<b>MBT:</b>	mentalizáció alapú terápia
<b>MBT-F:</b>	mentalizáció alapú terápia családokkal
<b>MBT-A:</b>	mentalizáció alapú terápia serdülőkkel
<b>MHE:</b>	Magyar Hipnózis Egyesület
<b>MIPE:</b>	Magyar Individuálpaszichológiai Egyesület
<b>MMTE:</b>	Magyar Mozgás- és Táncterápiás Közhasznú Egyesület
<b>MPE:</b>	Magyar Pszichoanalitikus Egyesület
<b>MRSZE:</b>	Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület

<b>NICE:</b>	National Institute of Clinical Excellence (A kiváló klinikai minőség nemzeti intézete)
<b>OCD:</b>	obsessive-compulsive disorder (obszesszív-kompulzív zavar)
<b>OENO:</b>	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
<b>POPKE:</b>	Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület
<b>PID-5:</b>	Personality Inventory for DSM-5 (DSM-5 Személyiség Kérdőív)
<b>PID-5-BF:</b>	Personality Inventory for DSM-5–Brief Form (DSM-5 Személyiség Kérdőív, Rövid verzió)
<b>SCID-5-AMPD:</b>	Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Alternatív Személyiségmodelljéhez
<b>SCID-5-CV:</b>	Strukturált klinikai interjú a DSM-5 zavarok felmérésére
<b>SCID-5-PD:</b>	Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 személyiségzavarok vizsgálatára
<b>SCID-PANSS:</b>	Strukturált Klinikai Interjú a Szkizofrénia Pozitív és Negatív Tüneteinek Felmérésére
<b>SIGN:</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>TFP:</b>	Áttétel Fókuszú Pszichoterápia
<b>VIKOTE:</b>	Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület
<b>WHO:</b>	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 próbáló 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.

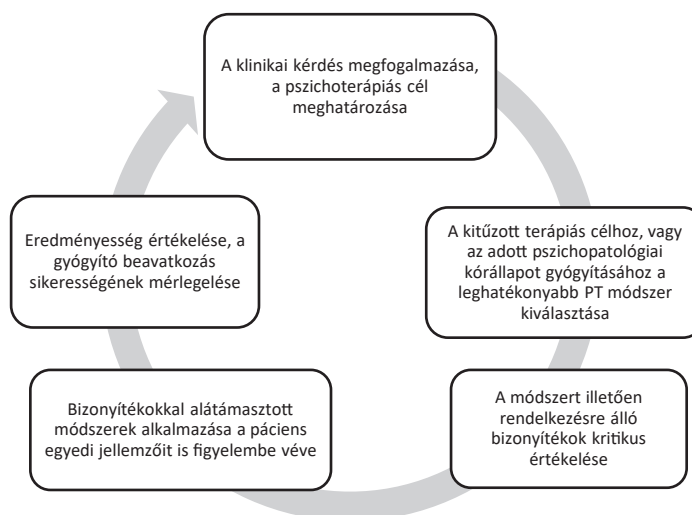
A pszichoterápia gyógyító eljárás, amit pszichoterapeuta végez. Szakpszichoterápia (módszerspecifikus pszichoterápia) végzéséhez pszichoterapeuta szakképesítés és módszerspecifikus jártasság szükséges. Egy pszichoterápiás módszer gyakorlati egészségügyi alkalmazásra történő kiválasztása során a pszichoterapeuta 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 viselkedéses, 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 körütekintő, 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 (lásd kezelés időtartama, kezelések 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, kettősvak 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 javaslatain túl, alapeptően 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 vizsgálattal 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 tünettan, a személyiségjegyek, a pszichoszociális tényezők, életvezetési kérdések összességét és komplex összefüggéseit is integrálón 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 fordulóik 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 esetükben 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 teljes körű 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 <sup>++</sup>	Az eredmények olyan magas minőségű szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált vizsgálatból származnak, amelyekben nagyon alacsony a szisztematikus torzítás lehetősége.
1 <sup>+</sup>	Az eredmények olyan jól kivitelezett szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus torzítás lehetősége.
1 <sup>-</sup>	Az eredmények olyan magas minőségű szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált, vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.
2 <sup>++</sup>	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 <sup>+</sup>	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 <sup>-</sup>	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 következetlenségek, kontrollcsoport hiánya, randomizált kontrollált vizsgálatok hiánya stb.) indokoltá és szükségessé teszik az ajánlás-rangsorolást 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<sup>++</sup> fokozatú bizonyítéknak számító rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és az egészségügyi ellátás adott helyzetére jól adaptálhatók; vagy legalább 1<sup>+</sup> szintű bizonyítéknak számító, jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak.

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

**(C) szintű ajánlás:** Az ajánlások legalább 2+ szintű bizonyítéknak számítók, 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 bizonyítékok; 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 mérsékelten 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 mérsékelten megbízható evidencia támasztja alá, hogy az ajánlás követése csekély előnnyel jár.
D	Nem javasolt. Mérsékelten vagy erősen megbízható evidencia támasztja alá, hogy az eljárás nem jár előnnyel, vagy annak ártalmi felülmúlják az előnyöket.
I	A rendelkezésre álló bizonyítékok nem elegendőek 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 evidenciatáblázat az irányelvben található.

## V. BEVEZETÉS

### 1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

#### **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 szcena 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 egyetemeken 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 bővíti 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, individuálpszichológiai 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 indokolása**

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 terhekkal kapcsolatban a mentális zavarok a foglalkoztatottság, a termelékenység és a munkaképesség,

csökkenéséhez, elvesztéséhez vezetnek. Az EU-ban a fogyatékossgal töltött életek 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 betegségcsoport (pl. hangulatzavarok) megfelelő kezelése nemcsak 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 hivatásgyakorlás 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 megkurrens ajánlásrendszerrel 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.

<b>Cím:</b>	Anxiety disorders Quality standard [8]
<b>Tudományos szervezet:</b>	NICE National Institute for Health and Care Excellence
<b>Megjelenés adatai:</b>	2014
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/qs53">www.nice.org.uk/guidance/qs53</a>
<b>Cím:</b>	Bipolar disorder in adults Quality standard [9]
<b>Tudományos szervezet:</b>	NICE National Institute for Health and Care Excellence
<b>Megjelenés adatai:</b>	2015
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/qs95">www.nice.org.uk/guidance/qs95</a>
<b>Szerző(k):</b>	McQuaid, J.R., Lin, E.H., Barber, J.P. et al.
<b>Cím:</b>	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]
<b>Tudományos szervezet:</b>	American Psychiatric Association (APA)
<b>Megjelenés adatai:</b>	2019
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf">https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf</a>



<b>Szerző(k):</b>	Courtois, CA., Sonis, J., Brown, LS. et al.
<b>Cím:</b>	Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults. [11]
<b>Tudományos szervezet:</b>	American Psychiatric Association (APA)
<b>Megjelenés adatai:</b>	2019.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf">https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf</a>
<b>Cím:</b>	Depression in adults: recognition and management Clinical guideline NICE National Institute for Health and Care Excellence. [12]
<b>Megjelenés adatai:</b>	2009.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/cg90">www.nice.org.uk/guidance/cg90</a>
<b>Cím:</b>	Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management Clinical guideline [13]
<b>Tudományos szervezet:</b>	NICE National Institute for Health and Care Excellence
<b>Megjelenés adatai:</b>	2011.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/cg113">www.nice.org.uk/guidance/cg113</a>
<b>Cím:</b>	Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. [14]
<b>Tudományos szervezet:</b>	NICE National Institute for Health and Care Excellence
<b>Megjelenés adatai:</b>	2005.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/cg31">www.nice.org.uk/guidance/cg31</a>
<b>Cím:</b>	Personality disorders: borderline and antisocial. [15]
<b>Tudományos szervezet:</b>	NICE National Institute for Health and Care Excellence
<b>Megjelenés adatai:</b>	2015.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/qs88">www.nice.org.uk/guidance/qs88</a>
<b>Szerző(k):</b>	Koran, LM., Hanna, G.L., Hollander, E. et al.
<b>Cím:</b>	Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder [16]
<b>Tudományos szervezet:</b>	American Psychiatric Association (APA)
<b>Megjelenés adatai:</b>	2007.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-1410197738287.pdf">https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-1410197738287.pdf</a>
<b>Szerző(k):</b>	Hirschfeld, R., Bowden, C., Gitlin, M. et. al.
<b>Cím:</b>	Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition [17]
<b>Tudományos szervezet:</b>	American Psychiatric Association (APA)
<b>Megjelenés adatai:</b>	2010.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar-1410197656063.pdf">https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar-1410197656063.pdf</a>
<b>Szerző(k):</b>	Oldham, J., Gabbard, G., Gain, M. et. al.
<b>Cím:</b>	Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder
<b>Tudományos szervezet:</b>	American Psychiatric Association (APA). [18]
<b>Megjelenés adatai:</b>	2010.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-1410197667470.pdf">https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-1410197667470.pdf</a>
<b>Szerző(k):</b>	Stein, M., Goin, M., Pollack, M. et. al.
<b>Cím:</b>	Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder (2010). [19]
<b>Tudományos szervezet:</b>	American Psychiatric Association (APA)
<b>Megjelenés adatai:</b>	2010.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder-1410197712490.pdf">https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder-1410197712490.pdf</a>

<b>Cím:</b>	Post-traumatic stress disorder [20]
<b>Tudományos szervezet:</b>	NICE National Institute for Health and Care Excellence
<b>Megjelenés adatai:</b>	2018.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/ng116">www.nice.org.uk/guidance/ng116</a>
<b>Cím:</b>	Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment Clinical guideline [21]
<b>Tudományos szervezet:</b>	NICE
<b>Megjelenés adatai:</b>	2013.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/cg159">www.nice.org.uk/guidance/cg159</a>

#### Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

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

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

## 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 aráts*” (*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: lásd 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: lásd 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: lásd 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, individuálpszichológiai 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: lásd 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 körütekintő 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: lásd 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: lásd Ajánlás 18)*

### 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 figyelembevételét 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 (lásd 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 (lásd 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 (lásd 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 javaslattétel
- pszichoterápiás megállapodás

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

#### Pszichoterápiás megkeresés körülményei:

A pszichoterápiás megkeresés körülményeit vizsgálva rögzítjük:

- milyen külső (lásd környezet nyomása) és/vagy belső (lásd 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 javaslattétel, 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 (lásd 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 szűkszavúan válaszol; az explorációs helyzetben a szorongás jeleit mutatja; disszimuláció jeleit mutatja stb.). Minden megfigyelhető pszichopatológiai jelenséget rögzítünk.

Az exploráció a *tünetek keresztszetszeti 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-alszás 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 betegtől, 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 – lásd a szorongás testi tüneteinek vagy inkább a szorongás kognitív tüneteinek jellemzők-e rá.

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

*Az evés-alszás* alaptüneteinek 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 alszás 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 kérdeznünk a téveszmék és a percepciózavar tüneteinek, 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” panaszkodik, 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 (adekvátsága, tartalomhoz illeszkedése és intenzitása),
- szorongás (szubjektív, magatartásbeli, vegetatív jelek),
- aktivitás és cselekvőképesség,

- étvágy és tápláltság,
- alvás (el- és átváltás jellegzetességei, inszomnia, hipersomnia 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 kérdéscsoport után tesztek felvételét indikálja (lásd 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/tünettel 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 indikációs folyamat során módszerspecifikus szempontok is elemzésre kerülnek: lásd 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 terápiához 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 megállapodáskötés többlépcsős: 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 betegségszételyező 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 betegségcsoportokban [26, 31, 32, 33]. (SIGN: A, USPSTF: A)**

A pszichodiagnosztikai kivizsgálás során, a pszichoterápiás beavatkozás kiválasztását segítő a pszichoterapeuta explorációt, anamnézist (és szükség esetén heteroanamnézist) 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 betegségcsoportonként 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 betegségcsoportonkénti felosztása** ([26, 31, 32, 33] alapján saját összeállítás)

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

<b>Szorongásos zavarok: F40-F41.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BAI: Beck Szorongás Leltár</li> <li>- HAM-A: Hamilton Szorongás Skála</li> <li>- MMFQ: Mark és Matthews-féle Félelmi Kérdőív</li> <li>- MMPI, MMPI-2</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- SCID-5-CV</li> <li>- SCQ: Szociális Kogníció Kérdőív</li> <li>- SHAI: Egészségszorongás Kérdőív</li> <li>- STAI: Spielberger Szorongás Kérdőív</li> </ul>
<b>Kényszeres és kapcsolódó zavarok: F42-F42.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BIS: Barratt Impulzivitás Skála</li> <li>- DY-BOCS: Dimenzionális Yale Brown Kérdőív</li> <li>- FAS: OCD Családi Akkomodációs Skála</li> <li>- MOCI: Maudsley Kényszer Kérdőív</li> <li>- PSWQ: Penn State Aggódás Kérdőív</li> <li>- RO-CS: Obszesszív Stílus Index</li> <li>- SCID-5CV</li> <li>- VOCI: Vancouveri Obszesszív Kompulzív Skála</li> <li>- Y-BOCS: Yale-Brown Kényszer Kérdőív</li> </ul>
<b>Traumával és stresszrel összefüggő zavarok: F43-F43.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IES-R: Események Hatása Kérdőív</li> <li>- MMPI-2</li> <li>- PDS: Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála</li> <li>- PSS: Észlelt Stressz Kérdőív</li> <li>- RO-CS: Traumatikus Tartalom Index, Hipervigilancia Index</li> </ul>
<b>Disszociatív zavarok: F44-F44.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DES: Disszociatív Élmények Skála</li> <li>- DIS-Q: Disszociáció Kérdőív</li> <li>- MDI: Többskálás Disszociáció Kérdőív</li> <li>- RO-CS: Realitás-Fantázia Skála</li> <li>- SSD: Disszociatív Állapotok Skála</li> </ul>
<b>Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok: F45-F45.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FKK: Fájdalomkatasztrófizáló Kérdőív</li> <li>- TAS-20: Torontói Alexitímia skála</li> </ul>
<b>Táplálkozási és evészavarok: F50-F50.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ANIS: Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív</li> <li>- BCDS: Bulimia Kognitív Disztorziós Skála</li> <li>- BSQ-14: Testforma kérdőív – rövid változat</li> <li>- EDI: Evési Zavar Kérdőív</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- SCID-5-CV</li> </ul>
<b>Személyiségzavarok: F60-F69</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BIS: Barratt Impulzivitás Skála</li> <li>- Buss-Perry Agresszió Kérdőív</li> <li>- CERQ: Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív</li> <li>- DAS: Diszfunkcionális Attitűd Skála</li> <li>- DERS: Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív</li> <li>- EPQ: Eysenck-féle Személyiség Kérdőív</li> <li>- MMPI, MMPI-2</li> <li>- RO-CS: Kölcsönös Autonómia Skála, Lerner-féle elhárító mechanizmusok skála, Agresszív Válaszok Skála, Rorschach Orális Függőség Skála, Egocentricitás Index</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- RSES: Rosenberg Önértékelés Skála</li> <li>- SCID-5-PD</li> <li>- SCID-5-AMPD</li> <li>- Szenzoros Élménykeresés Skála</li> <li>- Young-féle Séma Kérdőív</li> <li>- PID-5, PID-5-BF</li> </ul>

<b>Mentális retardáció: F70-F79</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– MAWI</li> <li>– RAVEN</li> <li>– WAIS-IV</li> </ul>
<b>Zavarok súlyosságát, funkcionálitást mérő skálák:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– GAF: Global Assessment of Functioning Scale</li> <li>– SOFAS: Social and Functional Assessment Scale</li> <li>– WHO DAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0</li> </ul>

#### 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 önreflexió 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 tájékoztató 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 javaslatétel.

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 fentiekről 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 keretéről és az adatok védelméről a tájékoztatás megtörténéseinek rögzítése, terápia zárásának időpontja (a pszichoterápiás kezelés végét követően).

## **Ajánlás8**

**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 pszichoterápiaként 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 végezhet (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 Individuálpaszichológiai Egyesület (MIPE)
10. Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület (MAKOMP)
11. Magyar Mozdás-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 (MASZEPTÉ)
17. Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület (VIKOTE)

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

#### **Akkreditált pszichoterápiás módszerek (abc rendben) – részletesen lásd alább**

Aktív analízis

Autogén tréning és szimbólumterápia

Családterápia

Csoportanalízis

DREAM terápia

Gyermepszichoterápia

Hipno-pszichoterápia

Individuálpaszichológiai 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 lásd 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 gyakorlói helyein korának számos pszichoanalitikusa szerzett tapasztalatot, így inspiráló hatása a rövid dinamikus terápiák kialakulásában, vagy az álmokkal való pszichoterápiás munkában jól kivehető. Mindezért 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 intuíción, a segítő szándék és a változtatni tudás gyakorlat által fejleszhető 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 Stekelianus 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 határfokát és mélységét, a személy belső valóságának formába öntését a befelé forduló befogadó figyelem, az ellazult testi-lelki állapot, az önellfogadás biztosítja.

### **Családterápia**

A családterápia olyan gyógyító, preventív és edukatív eljárások ötvözetete, 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 eléréseért 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 akárcsak 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 Hétfégetek 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 háttérre 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 a megnyitása. A DREAM módszere hatékonyan alkalmazható affektív és szorongásos zavarok, tárgyvesztés, fóbiás tünetek, pszichoszomatikus betegségek, emocionális krízisállapotok és életciklusváltás 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 fejlődéslelektan 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 játékkeret 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 hátterének 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 (szuggesztiók) munkásságával kezdődött. A múlt században megjelenő agyfiziológiai változásokon 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 markánsabbá váltak a kapcsolatot fókuszba helyező szociálpszichológiai szempontú megközelítések (szerepjátszás 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 utilitáció (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 hátterét adó magyarázati keret jelentős elemeivé váltak. A „tudattalan nyelven” 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 hátterét 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 terápia* 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 kisebbbértékűség-érzés kompenzációjára való törekvés motivál.

Az *életstílus* értékelést tartalmaz önmagunkról, embertársainkról, a világról és ezekhez való viszonyunkról. Kifejeződik benne a kisebbbértékűség-érzésnek, 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 *nagyobbrészt tudattalan és beágyazódik az életstílus dinamikájába*.

### **Integratív pszichoterápia**

Az integratív pszichoterápia módosult tudatállapotban használt pszichoterápiás módszerek integrációját képviseli, melynek során a pszichodinamikai személyiségelméleten alapuló katatím 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 terápiás változásért felelős közös elveket és tényezőket (a terápiát vezérlő koherens konceptualizáció; pozitív terápiás kapcsolat kialakítása és fenntartása; világos keretek,

transzparens célok és feladatok; az önreflexió fejlesztése; a módosult tudatállapot felhasználása a terápiás folyamat facilitálására és mélyítésére) és a fent felsorolt terápiás módszerek sajátos eljárásait, hogy illeszkedjenek az adott beteg pszichopatológiájához, az elérendő terápiás célokhoz és a terápiás 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 „katathym” kifejezés a tudattalanból származó szimbólumok affektus telítettségére, emocionális megélésére vonatkozik. Az „imaginatív” szó az elsődleges folyamatok szintjére történő regresszióra, a terápiás céllal indukált élményvilág képi jellegére utal. A terápiás 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 páciensét a túlzott megterhelődéstől. A módszer neurotikus és borderline személyiség szerveződés esetén egyaránt használható. Lehetőséget nyújt többek között konfliktusfeldolgozásra, pótlólagos énefejlődésre, 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 megteremtéséhez. 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 körkép 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) hipnóvizist használt az először általa leírt szisztematikus deszenzitizáció során. Hipnóvizisban 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 hipnóvizist 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, érzelempontú 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 éréséhez. 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. viszontáttételi 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 korábbinál koherensebb, a páciens számára jelentésbeli narratíva kialakítása révén. Mindamellett a személyes élettörténeten túl számol a transzgenerációs, illetve kulturális-történeti beágyazottság tudattalan/nem-reflektált hatásával a személyiségfejlődésre nézve (lásd 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 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 multikauszális 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. Szisztematikusan 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 indítatású 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 érzelemszabályozási 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 *áttétel*nek). 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 korrekciójára 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 hoz 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 feltáró 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 pszichodramát 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 pszichodramát 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 „címkéz”. 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. Képesse 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 tanulásmélettörvényszerűségei 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, szókratészi dialógus, lefelé mutató nyíl technika, kognitív átkeretezés, 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 valóságrol 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 fejlődésről alkotott tárgykapcsolat-elméleti modelljében Kernberg abból indul ki, hogy a személyiség a korai kapcsolatban 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 összekötöttségbe 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 rész-tárgykapcsolati diádok integrációja, és megfelelő körülmények esetén kialakul az integrált szelf- és tárgy-representáció. 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 jelennek meg. A terápia fő célkitűzése a személyiségzavarra jellemző tünetek (önsértés, öngyilkossági késztetések, 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 ún. „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 feszültségtűrés és kríziskezelés 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 személyiségfejlődés. Az elmélet szerint a borderline klienseknek nehézséget jelent számos, vagy akár mindegyik érzélem szabályozása. Ezt a szabályozási zavart az érzelmi sérülékenységgel és a maladaptív illetve elégtelen érzelmi moduláció okozza. Érzelmi sérülékenységgel 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 maradó 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 információ-feldolgozási* (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, állapot-specifikus 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 fogalomhasználatát 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, kidolgozóit 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 kórképek 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 pszichiai 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 sémamintát írtak le, amelyek összesen 19 féle 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 túlkompensálással, vagyis amikor a személy épp az ellenkezőjét teszi annak, amit a sémája alapján tennie, 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), viselkedési 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 alapú 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. ítélkezésmentesség, 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 sérülékenységek 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 evidenciákra 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 kapacitását, 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 betegségcsoporthoz kapcsolódó tényleges indikáció függ az eset súlyától, a pszichés hozzáférhetőségtől, a páciens motivációjától és körülményeitől. Ugyanazon diagnosztikus kategóriába tartozó kórkép lehet a körlefolys 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)			

	F00- F09	F10- F19	F20- F29	F30- F39	F40- F48	F50- F59	F60- F69	F70- F79	F80- F89	F90- F98
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 fejlődött, illetve arra adaptált, a hazai szakmagyakorlatban elérhető rövidterápiás módszer.

\*\*\* „E” – az adott ajánlás az iránymutatás tartalmának jellegeből fakadóan kutatási paradigmákkal nem validálható, a témakör jellegeből 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 a hivatkozásjegyzékben
<b>aktív analízis</b>	<b>39–61</b>
<b>Autogén tréning és szimbólumterápia</b>	<b>62–199</b>
<b>Családterápia</b>	<b>200–241</b>
<b>Csoportanalízis</b>	<b>242–276</b>
<b>DREAM</b>	<b>277–302</b>
<b>Gyermek- és serdülő- pszichoterápia</b>	<b>303–359</b>

Pszichoterápiás módszer, módszercsoportok	Szakirodalmi hivatkozások sorszáma a hivatkozásjegyzékben
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

Módszer	Indikációk	Kontraindikációk	Relatív kontraindikáció
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

Módszer	Indikációk	Kontraindikációk	Relatív kontraindikáció
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 cselekvésekkel, 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, koragyermekkori kötődés, koragyermekkori 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 terápiás óra	f	e, cs	igen	15, jellemzően: 80 alkalom	
Autogén tréning és szimbólumterápia	heti 1 terápiás óra	f, gy	e, cs	igen	4-6, jellemzően 15-20 alkalom	önálló gyakorlás, önmegfigyelési napló vezetése
Családterápia	0,5-1 /1,5 terápiás óra (heti/kétheti rendszerességben)	f, gy	e, cs	igen	8-20	A terápiás folyamat a családtagok bevonásával történik. Koterapeuta jav.

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
Csoportanalízis	heti 1-szer 2 terápiás 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 terápiás óra	f	e, cs	igen	10-15	csoport esetén koterapeuta jav.
Hipno-pszichoterápia	heti 1 terápiás 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, pszichodinamikai 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, hipnobehavior)	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.

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
Mozgás és táncterápia	hetente 2x2 óra / 1x3 óra / kéthetente 6 óra	f, gy	e, cs	igen	50 óra, 3 hónap - 2 év	koterapeuta ajánlott
Pszichoanalízis	heti 3 terápiás alkalom	f, (gy)	e	igen	3 hónap/ időhatár nélküli	
Pszicho-analitikusan 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. hosszútartásban 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)	



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
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 szülővel 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 (lásd 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
<b>Organikus és szimptomatikus mentális zavarok (F00-F09)</b>	Integratív pszichoterápia		DBT
<b>Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)</b>	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia	EMDR, DBT	Pszichodráma
<b>Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek (F20-F29)</b>	Kognitív viselkedésterápia, EMDR, Metakognitív terápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Mozgás és táncterápia	Családterápia	Hipno-pszichoterápia
<b>Hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (F30-F39)</b>	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

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
<b>Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek (F40-F48)</b>	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
<b>Viselkedészavar szindrómák, fiziológiai zavarokkal és fizikai tényezőkkel társulva (F50-F59)</b>	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
<b>A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai (F60-F69)</b>	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,
<b>Mentális retardáció (F70-F79)</b>			
<b>A pszichés (lelki) fejlődés zavarai (F80-F89)</b>	Hipno-pszichoterápia	Mozgás és táncterápia	Személyközpontú pszichoterápia

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
<b>A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban jelentkező zavarai (F90-F98)</b>	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 szcéna 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 evidenciák 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 módszer-specifikus 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 módszer-specifikus 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 terápiák	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 középsúlyos 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 esetekben lehet indikált.

### Szorongásos zavarok pszichoterápiája

#### Ajánlás12

Szorongásos zavarok esetében a betegség kezelése megfelelő módszer-specifikus 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 módszerspecifikus 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-válaszmegelőzés módszerén alapulva) ajánlja, majd ezt követően egyes esetekben indikálhatónak ajánlja a pánik fókuszu pszichodinamikus módszerek alkalmazását is. Az EMDR, illetve a szupportív terápia alkalmazását a hatástalan, és a standard (CBT, pánik fókuszu pszichodinamikus terápia) módszerekhez képest rosszabb hatékonyságú eljárások között nevezi meg.

### A személyiségzavarok pszichoterápiás kezelése

#### Ajánlás13

**Aszemélyiségzavarok 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 módszer-specifikus 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 ingerexpoziáció-válaszmegeelőzés 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 stresszonnal összefüggő zavarok pszichoterápiás kezelésének nemzetközi ajánlások által javasolt módszerei (APA és NICE alapján) (A, A)

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
hosszú expoziációs terápia	hosszú expoziációs terápia
rövid eklektikus pszichoterápia	
EMDR	EMDR
narratív expoziációs terápia	narratív expoziációs 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, érzelmszabályozási 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](http://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 szcénikus 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 – szucid 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 terápia 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 (lásd vonatkozó szakmai ajánlást),
- egyéb, speciális beavatkozások (pl. imaginációs technikák, EMDR, trauma feldolgozás),
- gyermekellátás esetén (értelemszerűen: ellátástól függően szülői jelenléttel, és minden esetben /írásos/ 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 körültekintő szakmagyakorlat elválaszthatatlan, emiatt szükséges és lényegi része (E) [29]**

A pszichoterápiás szupervízió az intézmény/részleg/szakember pszichoterápiás munkájának elidegentíthetetlen 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, beállítódásukat a klienssel/pácienssel/beteggel való kapcsolatukban.

A pszichoterápiás szupervízió nélkülözhetetlen ahhoz, hogy

- a megfelelő színvonalú és körültekintően 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) Teamszupervízió / 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 bejáratral 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 sávszélességű 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 érvényesítendőek. (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 árts' (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 továbbírnyítja.

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.

Gyermekekori (jogilag kiskorú) személyek ellátását gyermekpszichoterapeuták, gyermek klinikai szakpszichológusok, gyermekpszichiáterek, felnőttkori 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 körültekintő 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 (lásd jogszabályi előírások). A terápia során erősen javasolt szupervízor támogatását igénybe venni (lásd vonatkozó ajánlás). A pszichoterápiás tevékenységet szükséges a titoktartási elvek figyelembevételével dokumentálni (lásd 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 (lásd 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 (lásd 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, individuálpszichológiai

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]

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

### 3. ábra: A szakorvos pszichoterapeuta szakképződés útjai [1067]

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

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

**Klinikai szakpszichológus:** pszichopatológiai állapotok diagnosztizálása, gondozása, pszichoedukáció nyújtása, közösségi pszichiátriai ellátás, családgondozás, stresszkezelés és más közösségi gondozás keretébe 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-pszichoszociális 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 miniumfeltételeket 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 reizsemben 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 történés 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](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 (lásd 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	<a href="mailto:info@aktiv-analizis.hu">info@aktiv-analizis.hu</a> , <a href="mailto:akape2014@gmail.com">akape2014@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.aktiv-analizis.hu">www.aktiv-analizis.hu</a>
2. Csoportanalitikus és Kiképző Társaság (CSAKIT)	– csoportanalitikus pszichoterápia – specifikus csoport-pszichoterápia	<a href="mailto:csakitkepzes@gmail.com">csakitkepzes@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.csoportanalizis.wordpress.com">www.csoportanalizis.wordpress.com</a>
3. Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely (DREAM)	– DREAM-terápia – módszerspecifikus DREAM-terápia	<a href="mailto:dreamterapia@gmail.com">dreamterapia@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.dreamterapia.hu">www.dreamterapia.hu</a>
4. Integratív Pszichoterápiás Egyesület (IPE)	– integratív pszichoterápia – KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior	<a href="mailto:info@integrativ.hu">info@integrativ.hu</a> Honlap: <a href="http://www.integrativ.hu">www.integrativ.hu</a>
5. Magyar Csoportpszichoterápiás Egyesület (MaCsopE)		<a href="mailto:macsope@gmail.com">macsope@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.macsope.hu">www.macsope.hu</a>
6. Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület (MAPE)	– ungi analitikus pszichoterápia	<a href="mailto:info@cgjung.hu">info@cgjung.hu</a> Honlap: <a href="http://www.cgjung.hu">www.cgjung.hu</a>
7. Magyar Családterápiás Egyesület (MCSE)	– családpszichoterápia – családterápia	Honlap: <a href="http://www.csaladterapia.hu">www.csaladterapia.hu</a>
8. Magyar Hipnózis Egyesület (MHE)	– hipnoterápia	<a href="mailto:mheasszisztens@gmail.com">mheasszisztens@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.hipnozis-mhe.hu">www.hipnozis-mhe.hu</a>

Egyesület neve	Pszichoterápia neve	Egyesület elérhetősége
9. Magyar Individuálpszichológiai Egyesület (MIPE)	– individuálpszichológiai pszichoterápia	<a href="mailto:sz.ferencz.edit@gmail.com">sz.ferencz.edit@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.mipe.hu">www.mipe.hu</a>
10. Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület (MAKOMP)	– komplex integratív pszichoterápia – KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák	<a href="mailto:info@makomp.hu">info@makomp.hu</a> Honlap: <a href="http://www.makomp.hu">www.makomp.hu</a>
11. Magyar Mozgás- és Táncaterápiás Közhasznú Egyesület (MMTE)	– pszichodinamikus mozgás- és táncaterápia	<a href="mailto:info@tancterapia.net">info@tancterapia.net</a> Honlap: <a href="http://www.mozgasterapia.net">www.mozgasterapia.net</a>
12. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület (MPE)	– pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia – pszichoanalízis (standard analízis)	<a href="mailto:info@psychoanalysis.hu">info@psychoanalysis.hu</a> Honlap: <a href="http://www.psychoanalysis.hu">www.psychoanalysis.hu</a>
13. Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület (MRSZE)	– autogén tréning – meditáció-imagináció – szimbólumterápia	<a href="mailto:info@relaxacio.hu">info@relaxacio.hu</a> Honlap: <a href="http://www.relaxacio.hu">www.relaxacio.hu</a>
14. Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület (POPKE)	– pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia – pszichoanalitikus pszichoterápia – pszichoanalitikus rövid pszichoterápia – fókuszált pszichodinamikus pszichoterápia	<a href="mailto:janos.harmatta@gmail.com">janos.harmatta@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.tunderhegy.hu/popke">www.tunderhegy.hu/popke</a>
15. Magyar Pszichodráma Egyesület	– pszichodráma pszichoterápia – gyermek- és serdülő pszichodráma pszichoterápia – monodráma pszichoterápia	<a href="mailto:info@pszichodrama.hu">info@pszichodrama.hu</a> Honlap: <a href="http://www.pszichodrama.hu">www.pszichodrama.hu</a>
16. Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület (MaSZk PTE)	személyközpontú pszichoterápia	<a href="mailto:info@szemelykozpontu.hu">info@szemelykozpontu.hu</a> Honlap: <a href="http://www.szemelykozpontu.hu">www.szemelykozpontu.hu</a>
17. Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület (VIKOTE)	–kognitív viselkedésterápia –sématerápia	<a href="mailto:vikote@vikote.hu">vikote@vikote.hu</a> Honlap: <a href="http://www.vikote.hu">www.vikote.hu</a>

### 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 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 betegséglefolyás 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/gyakorlás, 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 kombináltnak is javasolt lehet. A pszichoterápiás módszerválasztásnál szükséges figyelembe venni a pszichoterápia alkalmazásának általános indikációit és feltételeit (lásd 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 stresszrel 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]

### 2.5. 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) becsülésskálákon, vagy a beteg által megválaszolt, szubjektív, ún. önkítöltő 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 objektívizált 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 visszaküldésének 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 („leszállékolásra”) 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 munkaképességük aránya, valamint az is, hogy az ambuláns kezelésvételt 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 értékelőskálák.

#### ***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 ténylegesen 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 lejáta 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*, 42., 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.] Mrzcek, 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-modszerek-protokollja.html>
- [8.] National Institute for Clinical Excellence (NICE). Anxiety disorders Quality standard; 2014 [www.nice.org.uk/guidance/qs53](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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>
- [25.] 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.] Szőnyi 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-Fövény 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 álmértelmezése *Pszichoterápia 2008 április*
- [54.] C. Molnár E.: A szándék jelentősége. akape, *Kézirat*
- [55.] C. Molnár E.: Morálpszichológia 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 morálpszichológiája. 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.)*, 128., 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*, 243., 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*, 295., 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., & Beneit-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)*, 334., 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*, 322., 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*, 536., 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*, 429., 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*, 84., 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*, 494., 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.] Aivazyán, 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*, 953., 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*, 22., 99–105. <https://doi.org/10.5812/asjasm.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*, 123., 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, Santamaría 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., & Ngin, J. (2014). Physiological Monitoring and Biofeedback-Assisted Relaxation Training for Panic Disorder in a Case of Complex Developmental Trauma. *Clinical Case Studies*, 133., 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*, 605., 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*, 79., 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*, 183., 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](https://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*, 204., 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*, 1010. 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*, 364., 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*, 102., 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](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)*, 122., 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*, 85., 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*, 754., 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*, 384., 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*, 165., 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)*, 212., 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*, 272., 336–344. [https://doi.org/10.25259/IJPC\\_136\\_21](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*, 148., 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*, 312., 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*, 377., 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*, 872., 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*, 20117., 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., Bylisma, 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*, 374., 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*, 1171., 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*, 384., 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*, 101., 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)*, 103., 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*, 384., 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*, 1910., 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*, 477., 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*, 384., 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;32.: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*, 234., 468–479. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_100\\_17](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;152.: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*, 356., 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*, 32., 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*, 332., 111–120. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000317>
- [156.] Beizae, 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*, 23., 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*, 475., 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*, 1186., 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*, 431., 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*, 351., 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*, 215., 603–614. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.5.603>
- [164.] Hamdani, S. U., Zill-E-Huma, Zafar, S. W., Suleman, N., Um-Ul-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*, 161., 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*, 431., 16–21.
- [166.] Zisopoulou, T., & Varvogli, L. (2023). Stress Management Methods in Children and Adolescents: Past, Present, and Future. *Hormone research in paediatrics*, 961., 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*, 429., 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., & Lepasavić, 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*, 699., 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*, 323., 303-322.
- [175.] Cahn, B.R., & Polich, J. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*, 1322., 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., & Leposavić, 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., & Leposavić, 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.)*, 271., 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*, 81., 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*, 204., 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;295.: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*, 494., 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.* 201.: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*, 315., 457–468. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000274>
- [192.] Litwic-Kaminska, K., Kotyśko, M., Pracki, T., Wiłkość-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*, 699., 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*, 494., 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*, 1098., 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](https://doi.org/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* 75:420-430
- [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](https://doi.org/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](https://doi.org/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.] Pinquart, 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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., Pinquart, 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](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. *Journal of 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 451.: 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., Ogradniczuk, 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: 583., 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: 373., pp.401-418.
- [263.] Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P. Evaluation of Long-term Analytic Outpatient Group Therapies. *Group Analysis*, 2007:401., pp.140-159.
- [264.] Knijnik, D. Z., Kapczynski, 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* 393.: 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* 89.: 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* 304.: 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](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 451.: 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 451.: 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 372.: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*, 785., 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*, 1607., 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*, 1668., 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*, 2731., 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](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;171.: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*, 344., 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](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*, 253., 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*, 619.: 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*, 356., 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*, 364.: 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*, 536., 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*, 1936.:477-84. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.048934. Erratum in: *Br J Psychiatry.* 2009 Feb;1942.: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*, 438.: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*, 303.: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*, 372., 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*, 194., 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*, 83., 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*, 606., 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*, 357., 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*, 4910.:1034-42. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.07.014. Epub 2010 Sep 6. Erratum in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Oct;5510.: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*, 83.: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](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.07.014). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 252., 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*, 305.: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*, 191.:167. DOI: 10.1186/s12888-019-2158-8. Erratum in: *BMC Psychiatry*. 2021 Mar 9;211.: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*, 223.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*;6710.: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*, 821., 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*, 1412., 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*, 542.
- [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*, 493., 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](http://www.annafreud.org) outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant mental health journal*, 345., 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*, 323., 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*, 322., 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*, 366., 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*, 361., 12–29. <https://doi.org/10.1002/imhj.21478>
- [343.] SALZER, S., STEFINI, A., KRONMÜLLER, K.T., LEIBING, E., LEICHSENRING, 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*, 874.: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*, 372., 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*, 154., 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*, 564.: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*, 292., 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*, 125., 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*, 324., 427-449. <https://doi.org/10.1002/imhj.20303> Anna Freud National Centre for Children and Families 67 [www.annafreud.org](http://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*, 334., 360–371. <https://doi.org/10.1002/imhj.21311>
- [352.] TAMBELLI, 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01210>
- [353.] 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*, 651.: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-Jáureguia, 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., Weltz, 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., Uldbjerg, 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., Uldbjerg, 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., Vlioger, 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., Gósi-Greguss A. C., Varga K., Halmai 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*, 111., 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*, 228., 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*, 486., 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)*, 61., 17-25.
- [432.] Last, J. M. (1997). The clinical utilization of early childhood memories. *American journal of psychotherapy*, 513., 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
- [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](#)
- [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](#)
- [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; 486.:2069-2085. doi: 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
- [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;552.:111-128. doi: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; 193.:303-14. doi: 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 2008. Social Psychology*, 182., 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* 502.:165-75 PMID: 18607340
- [448.] Carlson, J.; Watts, R.; Maniaci, 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*, 248., 1793–1802. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.20
- [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*, 692., 169–202. doi:10.1080/00207144.2021.1877549
- [452.] Zaharia, C., Reiner. M., Schütz. P. (2015). Evidence-Based Neuro Linguistic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Psychiatria Danubina*, 274., 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
- [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 Katathym-Imaginative Therapy on Correction of Mental Disorders in Neurotic Conditions. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 112., 33-56. doi: 10.18662/brain/11.2/73
- [455.] Zaharia, C., Reiner. M., Schütz. P. (2015). Evidence-Based Neuro Linguistic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Psychiatria Danubina*, 274., 355–363.
- [456.] Karunaratne, M. (2010). Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 164., 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.] Abdvarmazan, 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*, 552., 147–166. doi:10.1080/00207140601177897
- [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*, 41., 173-177.
- [462.] Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 626., 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*, 112., 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*, 611., 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*, 732., 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*, 611., 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*, 511., 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*, 692., 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*, 626., 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*, 724., 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*, 553., 251–274. doi:10.1080/00207140701338696
- [474.] Senser, C., Habermüller, M., & Revenstorf, D. (2004). Hypnotherapie bei atopischer Dermatitis. *Aktuelle Dermatologie*, 304., 103–108. doi:10.1055/s-2004-814483
- [475.] Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 626., 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*, 101., 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*, 112., 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*, 164., 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*, 113., 308-321. doi: [10.1080/15299731003781075](https://doi.org/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*, 121.. doi:10.1186/1471-2474-12-133
- [481.] Doğan, A., & Saritaş, S. (2021). The effects of neuro-linguistic programming and guided imagery on the pain and comfort after open-heart surgery. *Journal of Cardiac Surgery*, 367., 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*, 326., 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*, 184., 444–453. doi:10.1080/10503300701832433
- [485.] Biyong, I., Traube, R., Stacch, M., Coretta, I., Beguel, B. N., Boafo, A., Kounou, K. B. (2022). Hypno-behavioral Therapy, Systemic, and Institutional Management of Encopresis in Childhood and Adolescence. *Acta Scientific Medical Sciences*, 68., 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*, 294., 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*, 71., 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*, 112., 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.] Erbllich, 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*, 342., 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*, 232., 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*, 293., 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*, 181., 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*, 14., 83–96. doi:10.1300/j394v01n04\_05
- [499.] Emmerson, G. (2011). Working with Addictions using Ego State Therapy. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis*, 332., 24-39.

#### Jungi analízis

- [500.] Roesler, C. (2013). Evidence for the effectiveness of Jungian psychotherapy: A review of empirical studies. *Behavioral Sciences*, 34., 562-575.
- [501.] Roesler, C. (2020). CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPY RESEARCH, PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AND JUNGIAN ANALYSIS. *Psychologia*, 622., 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*, 41..
- [509.] Fonagy P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 142., 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*, 143., 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*, 81., 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*, 1991., 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*, 171., 1–23. <https://doi.org/10.1080/10673220902742476>
- [515.] Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 652., 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*, 17410., 943–953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- [517.] Abbass, A.A., Nowoweiski, 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/10.1080/075417X.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., & Leibling, 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*, 62., 215-217.

#### Komplex integratív pszichoterápia

- [539.] Adinolfi, B., & Gava, N. (2013). Controlled outcome studies of child clinical hypnosis. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 842., 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 lelkiisége 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., Gősiné 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*, 83., 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, 367.:2389-2397. doi: 10.1111/jocs.15505.
- [551.] Duchonova K. (2018): Katathym imaginative psychotherapy: an unconscious world of our clients 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., & Kleinhaus, 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*, 613., 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*, 433., 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*, 765., 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*, 112., 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*, 503., 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*, 403., 235–253. <https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1998520>
- [576.] Sell, C., Möller, H., & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. *Psychotherapeut*, 626., 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*, 281., 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*, 101., 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.childyouth.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*, 724., 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*, 673.: 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.
- [858.] Vitry, Grégoire & Pakrošnis, 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*, 483., 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*, 652., 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*, 112., 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., Bumeder, I., & Pokorny, D. (2008). Tumor patients in psychodynamic psychotherapy including daydreaming: Can imagery enhance primary process and positive emotions? *Psychotherapy Research*, 184., 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](https://www.psychosynthesisresources.com) - 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*, 274., 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.] Jarovinszkij V., Kiss T. C. (2016): Mozgás és tánc terápia 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 interszubsztivitás 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 érzékiség – túl intenció és hülé 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*, 152.: 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*, 142.: 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.olásd Kolozsvár. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/erihplus/periodical/info.action;jsessionid=I09ynrc90RVy2sVzAocU0Ft.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*. 51.: 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*, 174.: 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*, Mimészis 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*, 156.: 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-evfolyam/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*, 193.: 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*, 394., 296-303.
- [648.] Bräuninger, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 395., 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, Rüter 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*, 858., 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;31.: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* 2017.: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). Short-term 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*, 82., 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., 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*, 105., 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*, 2146., 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*, 423., 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*, 5210., 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*, 865., 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., Härkäpää, 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/dleicsringa.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*, 55., 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*, 27., 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*, 142., 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*, 732., 5763.
- [719.] Spielmans, 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*, 1993., 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*, 1709., 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*, 344., 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*, 413..
- [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*, 652., 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*, 255., 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*, 202., 97-108.

- [732.] Lilliegren, 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*, 531., 90.
- [733.] Lindegaard, T., Berg, M., & Andersson, G. (2020). Efficacy of internet-delivered psychodynamic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychodynamic Psychiatry*, 484., 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*, 95., 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*, 561., 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*, 401., 3–27.
- [741.] Sharma, N. (2017). Effect of psychodrama therapy on depression and anxiety of Juvenile Delinquents. *International Journal of Indian Psychology*, 51., 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*, 1510., 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*, 51., 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*, 1510., 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*;144.: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*. 293.: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;255.: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*. 144.: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*. 341.: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*. 373.: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*. 82.:59–65.
- [758.] Olsson, P. A. (2018). Psychodrama and the Treatment of Narcissistic and Borderline Patients. *Psychodyn Psychiatry*. 462.:252-264.
- [759.] Krüger, R. (2017) *A zavarosspecifikus 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*. 189.:4442.
- [761.] Obichili, J. I., Ogwo, C. A., Udeh, K., Obiechina, C K., Kakwagh, V. V., Eze, C. C., Geve, 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*. 413.: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*, 281., 40–43.
- [765.] Dogan T. (2010). The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*. 372.: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*, 401., 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*. 373.: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*. 203.: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*, 71., 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\*. 189., 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* 401.: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*. 214.: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 Counselling 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*. 415.: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 zavarosspecifikus 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*, 373., 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. *Türk Psikiyatri Derg*, 204., 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*, 554., 411–423. [doi.org/10.1037/pst0000171](https://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*, 554., 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*, 931., 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*, 522., 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*. ;324.: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*, 121., 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 ; 593.: 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*, 86., 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*, 881., 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*, 893., 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*, 464., 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*, 743., 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*, 785., 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*, 706., 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*, 1210., 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*, 449., 1835-1844. doi:10.1017/S0033291713002377
- [813.] 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
- [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*, 72., 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*, 82., 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*, 143., 236–247. doi:10.1080/14779757.2015.1043393
- [821.] Sa’ad, F. M., Yusoooff, 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* 178.: e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- [827.] 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](https://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](https://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., Radomsky, 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; 786.: 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*, 554., 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*, 11.: 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 21<sup>st</sup> Century*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- [853.] Sparks, J.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (2008): Common factors in psychoterapy In Lebow, J.L.(szerk) *Twenty first century psychoterapies. 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 1. *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*., 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*., 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*., 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*., 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*., 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*., 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., Bermpohl, 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*., 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*., 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*., 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., Sifakis, 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*, 44., 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*, 33., 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*, 171., 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.002>
- [894.] Dèttore, 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*, 443., 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-Sanchís, 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*, 243., 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*, 433., 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*, 246., 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*, 496., 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*, 294., 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*, 903., 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*, 413., 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*, 794., 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., Huscava, 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 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 transference-focused 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(3):349-357
- [959.] Knowles, M, Foden, P, El-Dereby, 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*, 206., 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*, 302., 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*, 281., 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 hatásmagyságot, 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*, 1512., 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*, 84.: 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*, 671.: 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*, 152., 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*, 424., 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*, 262., 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*, 111., 1711349. <http://doi.org/10.1080/20008198.2019.1711349>.
- [987.] Banođlu, 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*, 61., 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*, 41., 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*, 98., 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*, 493., 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*, 167., 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 – Kávé 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*, 611., 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 Oudsten, B., Zijlstra, W., de Jongh, A., Lobbetael, 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*, 251., 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*, 101., 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*, 83., 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*, 71., 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*, 298., 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*, 171., 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*, 151., <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*, 22., 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*, *123*(1), 94–104. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.3.94>
- [1032.] Amalia Osorio, María Cristina Pérez, Sofía 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. 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., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20209.. <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*, 264., 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*, 1274., 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*, 744., 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*, 924., 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*, 161., 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>
- [1044.] Yakeley, J., Gardner, T., Simes, E., McMurrin, 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*, 211.. <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*, 191.. <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*, 241., 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*, 171., 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;254.:1022-1048. doi:10.1177/1359104520920689
- [1053.] Nick Midgley, Eva A. Sprecher & Michelle Slead (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](https://doi.org/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](https://doi.org/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., Rucker, 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. Gremaud, 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 szakképzés 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.
- Társszaktárk 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 szöveghelyeken, 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 véleményezőkkel 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** ([26, 31, 32, 33] alapján saját összeállítás).

<b>Organikus és szimptomás mentális zavarok: F00-F09</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACE-R</li> <li>- ACE-III.</li> <li>- ADAS-cog</li> <li>- AKV</li> <li>- Benton teszt</li> <li>- DWNB</li> <li>- Geriátriai depresszió skála</li> <li>- Korai mentális teszt</li> <li>- MMSE</li> <li>- MoCA</li> <li>- Óra rajzolási teszt</li> </ul>
<b>Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok: F20-F29</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPRS: Rövid Pszichiátriai Becslő Skála</li> <li>- DES: Disszociatív Élmények Skála</li> <li>- MMPI, MMPI-2</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- RO-CS: Ego Impairment Index, WSum6 mutató, Szkizofrénia Index, Perceptual Thinking Index</li> <li>- SANS: Negatív Tünetek Becslési Skála</li> <li>- SAPS: Pozitív Tünetek Becslési Skála</li> <li>- SCID-5-CV</li> <li>- SCID-PANSS</li> </ul>
<b>Bipoláris és kapcsolódó zavarok: F30-F31.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BDI: Beck Depresszió Kérdőív</li> <li>- HCL-32: Hypomania-Checklist 32</li> <li>- MMPI, MMPI-2</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- SCID-5-CV</li> <li>- YMRS: Young Mania Rating Scale</li> </ul>
<b>Depresszív zavarok: F32-F39</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BDI: Beck Depresszió Kérdőív</li> <li>- C-SSR: Columbia Suicide Severity Rating Scale</li> <li>- HAM-D: Hamilton Depresszió Skála</li> <li>- MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</li> <li>- MMPI, MMPI-2</li> <li>- RKS: Rövid Kockázatbecslő Skála</li> <li>- RO-CS: Depresszió Index, S-CON szuicidium index</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- RS: Reménytelenség Skála</li> <li>- SCID-5-CV</li> <li>- ZSDS: Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála</li> </ul>
<b>Szorongásos zavarok: F40-F41.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BAI: Beck Szorongás Leltár</li> <li>- HAM-A: Hamilton Szorongás Skála</li> <li>- MMFQ: Mark és Matthews-féle Félelmi Kérdőív</li> <li>- MMPI, MMPI-2</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- SCID-5-CV</li> <li>- SCQ: Szociális Kogníció Kérdőív</li> <li>- SHAI: Egészségszorongás Kérdőív</li> <li>- STAI: Spielberger Szorongás Kérdőív</li> </ul>

<b>Kényszeres és kapcsolódó zavarok: F42-F42.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BIS: Barratt Impulzivitás Skála</li> <li>- DY-BOCS: Dimenzionális Yale Brown Kérdőív</li> <li>- FAS: OCD Családi Akkomodációs Skála</li> <li>- MOCI: Maudsley Kényszer Kérdőív</li> <li>- PSWQ: Penn State Aggódás Kérdőív</li> <li>- RO-CS: Obszesszív Stílus Index</li> <li>- SCID-5CV</li> <li>- VOCl: Vancouveri Obszesszív Kompulzív Skála</li> <li>- Y-BOCS: Yale-Brown Kényszer Kérdőív</li> </ul>
<b>Traumával és stresszrel összefüggő zavarok: F43-F43.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IES-R: Események Hatása Kérdőív</li> <li>- MMPI-2</li> <li>- PDS: Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála</li> <li>- PSS: Észlelt Stressz Kérdőív</li> <li>- RO-CS: Traumatikus Tartalom Index, Hipervigilancia Index</li> </ul>
<b>Disszociatív zavarok: F44-F44.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DES: Disszociatív Élmények Skála</li> <li>- DIS-Q: Disszociáció Kérdőív</li> <li>- MDI: Többskálás Disszociáció Kérdőív</li> <li>- RO-CS: Realitás-Fantázia Skála</li> <li>- SSD: Disszociatív Állapotok Skála</li> </ul>
<b>Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok: F45-F45.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FKK: Fájdalomkatasztrófizáló Kérdőív</li> <li>- TAS-20: Torontói Alexitímia skála</li> </ul>
<b>Táplálkozási és evészavarok: F50-F50.9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ANIS: Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív</li> <li>- BCDS: Bulimia Kognitív Disztorziós Skála</li> <li>- BSQ-14: Testforma kérdőív – rövid változat</li> <li>- EDI: Evési Zavar Kérdőív</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- SCID-5-CV</li> </ul>
<b>Személyiségzavarok: F60-F69</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BIS: Barratt Impulzivitás Skála</li> <li>- Buss-Perry Agresszió Kérdőív</li> <li>- CERQ: Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív</li> <li>- DAS: Diszfunkcionális Attitűd Skála</li> <li>- DERS: Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív</li> <li>- EPQ: Eysenck-féle Személyiség Kérdőív</li> <li>- MMPI, MMPI-2</li> <li>- RO-CS: Kölcsönös Autonómia Skála, Lerner-féle elhárító mechanizmusok skála, Agresszív Válaszok Skála, Rorschach Orális Függőség Skála, Egocentricitás Index</li> <li>- Rorschach-teszt</li> <li>- RSES: Rosenberg Önértékelés Skála</li> <li>- SCID-5-PD</li> <li>- SCID-5-AMPD</li> <li>- Szenzoros Élménykeresés Skála</li> <li>- Young-féle Séma Kérdőív</li> <li>- PID-5, PID-5-BF</li> </ul>
<b>Mentális retardáció: F70-F79</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MAWI</li> <li>- RAVEN</li> <li>- WAIS-IV</li> </ul>
<b>Zavarok súlyosságát, funkcionálitást mérő skálák:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GAF: Global Assessment of Functioning Scale</li> <li>- SOFAS: Social and Functional Assessment Scale</li> <li>- WHO DAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0</li> </ul>

**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 fejlődött, 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 a 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 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	



Módszer	Indikációk	Kontraindikációk	Relatív kontraindikáció
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, aktu 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		

Módszer	Indikációk	Kontraindikációk	Relatív kontraindikáció
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 terápiás óra	f	e, cs	igen	15, jellemzően: 80 alkalom	
Autogén tréning és szimbólumterápia	heti 1 terápiás óra	f, gy	e, cs	igen	4-6, jellemzően 15-20 alkalom	önálló gyakorlás, önmegfigyelési napló vezetése
Családterápia	0,5-1 /1,5 terápiás óra (heti/kétheti rendszerességben)	f, gy	e, cs	igen	8-20	A terápiás folyamat a családtagok bevonásával történik. Koterapeuta jav.
Csoportanalízis	heti 1-szer 2 terápiás 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 terápiás óra	f	e, cs	igen	10-15	csoport esetén koterapeuta jav.
Hipno-pszichoterápia	heti 1 terápiás óra	f, gy	e, cs	igen	15-20	csoporthipnózis esetén koterapeuta jav.

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
Individuálpszichológiai pszichoterápia	heti 1 terápiás óra / csoport esetén heti 80-150 perc	f, gy	e, cs	igen	rövid, pszichodinamikai 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, 3 hónap - 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	

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
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. hosszútartásban 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 gyarekdrama 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	

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
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 szülővel 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 terápiakombinációk, illetve a pszichoterápia pszichofarmakoterápiás kezeléssel kombináltan is javasolt lehet. A pszichoterápiás módszerválasztásnál szükséges figyelembe venni a pszichoterápia alkalmazásának általános indikációit és feltételeit (lásd 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
<b>Organikus és szimptomatikus mentális zavarok (F00-F09)</b>	Integratív pszichoterápia		DBT
<b>Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)</b>	Családterápia, Csoportanalízis, Hipno-pszichoterápia, Integratív pszichoterápia, Pszichoanalízis, Pszichoanalitikusan orientált terápia, Kognitív és viselkedésterápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia	EMDR, DBT	Pszichodráma

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
<b>Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek (F20-F29)</b>	Kognitív viselkedésterápia, EMDR, Metakognitív terápia, Mentalizáció alapú pszichoterápia, Mozgás és táncterápia	Családterápia	Hipno-pszichoterápia
<b>Hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (F30-F39)</b>	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
<b>Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek (F40-F48)</b>	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

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
<b>Viselkedészavar szindrómák, fiziológiai zavarokkal és fizikai tényezőkkel társulva (F50-F59)</b>	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
<b>A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai (F60-F69)</b>	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,
<b>Mentális retardáció (F70-F79)</b>			
<b>A pszichés (lelki) fejlődés zavarai (F80-F89)</b>	Hipno-pszichoterápia	Mozgás és táncterápia	Személyközpontú pszichoterápia
<b>A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban jelentkező zavarai (F90-F98)</b>	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). (SIGN: A, USPSTF: A)**

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). (A, A)**

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). (A, A)**

APA guideline	NICE guideline
CBT	CBT
pszichodinamikus terápia	
családterápia	

**12. táblázat: A traumával vagy stresszorról 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.



**13. táblázat: Módszerspecifikus pszichoterápiás egyesületek Magyarországon** [saját szerkesztés]

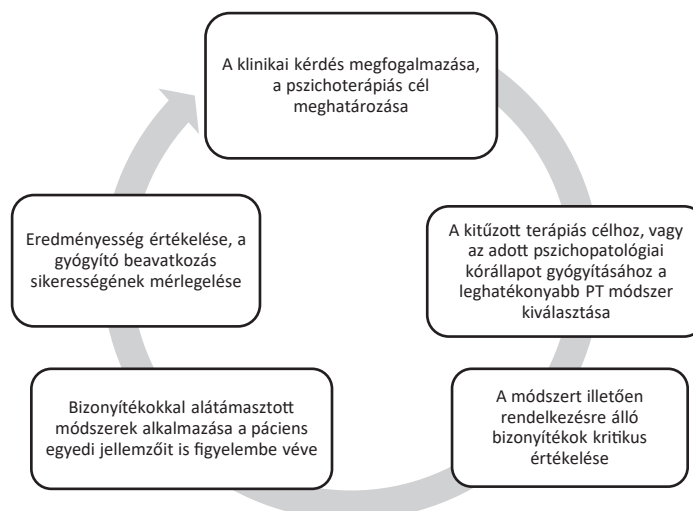
Egyesület neve	Pszichoterápia neve	Egyesület elérhetősége
1. Aktív-analitikus Pszichoterapeuták Egyesülete (AKAPE)	– aktív-analitikus pszichoterápia	<a href="mailto:info@aktiv-analizis.hu">info@aktiv-analizis.hu</a> , <a href="mailto:akape2014@gmail.com">akape2014@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.aktiv-analizis.hu">www.aktiv-analizis.hu</a>
2. Csoportanalitikus és Kiképző Társaság (CSAKIT)	– csoportanalitikus pszichoterápia – specifikus csoport-pszichoterápia	<a href="mailto:csakitkepzes@gmail.com">csakitkepzes@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.csoportanalizis.wordpress.com">www.csoportanalizis.wordpress.com</a>
3. Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely (DREAM)	– DREAM-terápia – módszerspecifikus DREAM-terápia	<a href="mailto:dreamterapia@gmail.com">dreamterapia@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.dreamterapia.hu">www.dreamterapia.hu</a>
4. Integratív Pszichoterápiás Egyesület (IPE)	– integratív pszichoterápia – KIP, NLP, ego-state, hipnobehavior	<a href="mailto:info@integrativ.hu">info@integrativ.hu</a> Honlap: <a href="http://www.integrativ.hu">www.integrativ.hu</a>
5. Magyar Csoportpszichoterápiás Egyesület (MaCsope)		<a href="mailto:macsope@gmail.com">macsope@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.macsope.hu">www.macsope.hu</a>
6. Magyar C.G. Jung Analitikus Pszichológiai Egyesület (MAPE)	– ungi analitikus pszichoterápia	<a href="mailto:info@cgjung.hu">info@cgjung.hu</a> Honlap: <a href="http://www.cgjung.hu">www.cgjung.hu</a>
7. Magyar Családtérápiás Egyesület (MCSE)	– családtérápia – családterápia	Honlap: <a href="http://www.csaladterapia.hu">www.csaladterapia.hu</a>
8. Magyar Hipnózis Egyesület (MHE)	– hipnoterápia	<a href="mailto:mheasszisztens@gmail.com">mheasszisztens@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.hipnozis-mhe.hu">www.hipnozis-mhe.hu</a>
9. Magyar Individuálpeszichológiai Egyesület (MIPE)	– individuálpeszichológiai pszichoterápia	<a href="mailto:sz.ferencz.edit@gmail.com">sz.ferencz.edit@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.mipe.hu">www.mipe.hu</a>
10. Magyar Komplex Pszichoterápiás Egyesület (MAKOMP)	– komplex integratív pszichoterápia – KIP, EHR, NLP, regressziós és disszociációs technikák	<a href="mailto:info@makomp.hu">info@makomp.hu</a> Honlap: <a href="http://www.makomp.hu">www.makomp.hu</a>
11. Magyar Mozgás- és Táncterápiás Közhasznú Egyesület (MMTE)	– pszichodinamikus mozgás- és táncterápia	<a href="mailto:info@tancterapia.net">info@tancterapia.net</a> Honlap: <a href="http://www.mozgasterapia.net">www.mozgasterapia.net</a>
12. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület (MPE)	– pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia – pszichoanalízis (standard analízis)	<a href="mailto:info@psychoanalysis.hu">info@psychoanalysis.hu</a> Honlap: <a href="http://www.psychoanalysis.hu">www.psychoanalysis.hu</a>
13. Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület (MRSZE)	– autogén tréning – meditáció-imagináció – szimbólumterápia	<a href="mailto:info@relaxacio.hu">info@relaxacio.hu</a> Honlap: <a href="http://www.relaxacio.hu">www.relaxacio.hu</a>

Egyesület neve	Pszichoterápia neve	Egyesület elérhetősége
14. Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás és Kiképző Egyesület (POPKE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia</li> <li>- pszichoanalitikus pszichoterápia</li> <li>- pszichoanalitikus rövid pszichoterápia</li> <li>- fókuszált pszichodinamikus pszichoterápia</li> </ul>	<a href="mailto:janos.harmatta@gmail.com">janos.harmatta@gmail.com</a> Honlap: <a href="http://www.tunderhegy.hu/popke">www.tunderhegy.hu/popke</a>
15. Magyar Pszichodráma Egyesület	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pszichodráma pszichoterápia</li> <li>- gyermek- és serdülő pszichodráma pszichoterápia</li> <li>- monodráma pszichoterápia</li> </ul>	<a href="mailto:info@pszichodrama.hu">info@pszichodrama.hu</a> Honlap: <a href="http://www.pszichodrama.hu">www.pszichodrama.hu</a>
16. Magyar Személyközpontú Pszichoterápiás és Tanácsadási Egyesület (MaSZk PTE)	személyközpontú pszichoterápia	<a href="mailto:info@szemelykozpontu.hu">info@szemelykozpontu.hu</a> Honlap: <a href="http://www.szemelykozpontu.hu">www.szemelykozpontu.hu</a>
17. Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület (VIKOTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kognitív viselkedésterápia</li> <li>- sématerápia</li> </ul>	<a href="mailto:vikote@vikote.hu">vikote@vikote.hu</a> Honlap: <a href="http://www.vikote.hu">www.vikote.hu</a>

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]**

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

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

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

**1.5. Egyéb dokumentumok**

Nincs.

## **A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a Parkinson-kór és a parkinsonizmus kezeléséről**

<b>Típusa:</b>	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
<b>Azonosító:</b>	002143
<b>Érvényesség időtartama:</b>	megjelenést követő 3 év

### **I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK**

#### **Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

##### **1. Neurológia Tagozat**

Dr. Óváry Csaba, neurológus, elnök, társszerző

##### **Fejlesztő munkacsoport tagjai:**

Prof. Dr. Klivényi Péter, neurológus, társszerző

Prof. Dr. Kovács Norbert, neurológus, pszichiáter, társszerző

Dr. Bokor Magdolna, addiktológus, neurológus, társszerző

Dr. Dibó György, pszichiáter, neurológus, társszerző

Dr. Kovács Tibor, neurológus, neuropatológus és klinikai farmakológus, társszerző

Dr. Nagy Ferenc, neurológus, társszerző

Dr. Takáts Annamária, neurológus, pszichiáter és klinikai farmakológus, társszerző

Dr. Tamás Gertrúd, neurológus, társszerző

Dr. Varannai Lajos, klinikai neurofiziológus, neurológus, társszerző

#### **Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

##### **1. Rehabilitáció, fizikális medicina és gyógyászati segédeszköz Tagozat**

Dr. Fazekas Gábor, mozgásszervi rehabilitáció, neurológia, reumatológia és fizioterápia szakorvosa, elnök, véleményező

##### **2. Idegsebészet Tagozat**

Dr. Fedorcák Imre, idegsebész szakorvos, elnök, véleményező

##### **3. Nukleáris medicina Tagozat**

Dr. Györke Tamás, izotópdiaosztika, radiológia szakorvosa, elnök, véleményező

##### **4. Klinikai genetika Tagozat**

Prof. Dr. Molnár Mária Judit, klinikai laboratóriumi genetika, neuropatológia, neurológia, pszichiátria, klinikai genetika, klinikai farmakológia szakorvosa, elnök, véleményező

##### **5. Radiológia Tagozat**

Prof. Dr. Battyáni István, radiológia; intervenció radiológia minősített orvosa; Dento-maxillo-faciális radiológia szakorvosa, elnök, véleményező

##### **6. Patológia Tagozat**

Prof. Dr. Kiss András, cytopathológia, patológia, molekuláris genetikai diagnosztika szakorvos, elnök, véleményező

##### **7. Oxyológia – sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat**

Dr. Varga Csaba, aneszteziológia-intenzív terápia, oxyológia és sürgősségi orvostan, addiktológia szakorvos, elnök, véleményező

##### **8. Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat**

Zaletnyik Zita, gyógytornász, elnök, véleményező

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

*„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértettek.”*

**Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői**

**Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Pécsi Parkinson Betegekért Egyesület

**Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:**

Magyar Tudományos Parkinson Társaság

**Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Nem került bevonásra.

**Független szakértő(k):**

Nem került bevonásra.

**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:**

Parkinson-kór

**Ellátási folyamat szakasza(i):**

Diagnózis és differenciáldiagnózis. Kezelés beállítása és követése. Prognózis felállítása. Társult zavarok és társbetegségek felismerése és kezelési terv felállítása, valamint gondozás és rehabilitáció.

**Érintett ellátottak köre:**

Parkinsonizmus tüneteit mutató betegek, mely magában foglalja a Parkinson-kórt. Parkinson-kór a második leggyakoribb neurodegeneratív megbetegedés.

**Érintett ellátók köre****Szakterület:**

0204 idegsebészet  
 0900 neurológia  
 0904 klinikai neurofiziológia  
 1800 pszichiátria  
 2200 Rehabilitációs medicina alaptevékenységek  
 2501 foglalkozás-egészségügyi alapellátás  
 4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás  
 5000 orvosi laboratóriumi diagnosztika  
 5109 MRI diagnosztika  
 5405 neuropatológia  
 5501 PET-MRI  
 6301 háziorvosi ellátás  
 6303 felnőtt- és gyermek- (vegyes) háziorvosi ellátás  
 6500 izotópdiagnosztika  
 6503 PET-CT  
 6504 SPECT-CT  
 6700 klinikai genetika  
 6701 genetikai tanácsadás  
 7202 gyógypedagógia (és annak szakágai)

**Ellátási forma:**

A1 alapellátás, alapellátás  
 A2 alapellátás, ügyeleti ellátás  
 J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás  
 J3 járóbeteg-szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás  
 J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás

	F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás
	F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás
	D1 diagnosztika, diagnosztika
<b>Progresszivitási szint:</b>	I–II–III.
<b>Egyéb specifikáció:</b>	Az ellátók köre kiterjed a szociális, oktatási területen dolgozó szakemberekre és szakdolgozókra.

## IV. MEGHATÁROZÁSOK

### 1. Fogalmak

**Axiális tünetek:** Beszédzavar, nyelészavar, abnormális testtartás mellett a PIGD (testtartási instabilitás és járászavar/postural instability and gait disorder) tünetek összessége

**Bradifréria:** A gondolkodás és az információfeldolgozás meglassulása, emiatt a reakcióidő megnyúlása. Prodromális tünet is lehet.

**Bradikinézia:** A gyors alternáló mozgások (például ujj-összeérintés) során észlelhető meglassultság és az amplitúdó-csökkenés kombinációja. Az amplitúdó-csökkenés megfigyelése nagyon fontos. Parkinsonizmusban nemcsak a mozgáskivitelezés sebessége lassú, hanem a feladat folyamatos kivitelezése során elakadások és/vagy amplitúdó-csökkenés és/vagy sebességcsökkenés is jelentkezik.

**Camptocormia:** Poszturális helyzetben jelentős fokban előre hajló gerinctartás, mely fekvés alatt javulhat.

**Delayed ON: Késedelmes ON.** A korábban megszokotthoz képest a per os bevett gyógyszer klinikailag későn kezd el hatni.

**Diszkinézia:** Nemzetközi definíció szerint a diszkinézia alatt a choreiform hiperkinéziseket és a disztóniát együttesen értjük. Ezzel szemben a magyar orvosi nomenklatúrában tradicionálisan kizárólag a choreiform megjelenésű „túlmozgásokat” értették diszkinézia alatt. Az ON-diszkinézia (akaratlan túlmozgás) lehet csúcsdózisos vagy bifázisos megjelenésű is.

**Disztónia:** Tartós akaratlan izom összehúzódás, ami csavaró, visszatérő mintázatot mutató mozgásokat vagy abnormális testtartást okoz.

**Dopamin receptor:** A gyógyszeres kezelés alapelve ma is a dopamin receptorok stimulációja. Ezen G-proteinhez kapcsolt receptorok osztályozása a célsejtek másodlagos messengerre kifejtett hatásán alapul: D1- család (D1, D5) és D2- család (D2, D3, D4). A központi idegrendszeren kívül számos helyen is előfordulnak, úgymint a retinában, az erekben, a szívben, a vesében, a hasnyálmirigyben és az enterális idegrendszerben is.

**Dopamin diszregulációs szindróma:** Gyógyszer addikció a dopaminerg gyógyszerek (különösen a rövid hatású dopamin agonisták és levodopa készítmények) iránt.

**Előrehaladott PK:** Komplikált PK azon szakasza, amikor a motoros komplikációk már „optimális” per os gyógyszerelés mellett is zavaróak. Konszenzus alapján a legalább napi 5-szöri levodopa bevétel, legalább napi 2 óra OFF és a legalább napi 1 óra zavaró diszkinézia bármelyikének észlelése az előrehaladott PK állapotra utalhat.

**Fesztináció:** Lefagyást követően hirtelen, akaratlan begyorsulás jelentkezhet a test súlypont változásával, ami veszélyes, mert eleséshez vezethet.

**Fluktuáció:** Gyógyszeres kezelés mellett a jó (ON) és a rossz (OFF) mozgásteljesítményt biztosító időszakok váltakozása.

**Freezing vagy lefagyás:** Leggyakrabban a járás során jelentkezik hirtelen leállás formájában. Forduláskor vagy szűk helyen (például ajtón) keresztül haladáskor gyakrabban alakul ki.

**Heredodegeneratív parkinsonizmus:** Örökletes rendszerbetegségekhez (heredodegeneratív betegségekhez) társuló parkinsonizmusok összessége, egyik típusos példája a Wilson-kórhoz társuló parkinsonizmus.

**Hipokinézia:** A gyors alternáló mozgások (például ujj-összeérintés) során észlelhető progresszív amplitúdó csökkenés, mely időszakosan sebességcsökkentéssel (lassulással) is társulhat.

**Komplikált (szövődményes) PK:** PK azon klinikai szakasza, amikor a motoros (és nem-motoros) komplikációk megfigyelhetők.

**Másodlagos parkinsonizmus szindrómák:** Másodlagos parkinsonizmus alatt alapvetően nem neurodegeneratív betegség csoportot értünk. Többek között koponyatrauma (például bokszolás), hidrokefalusz, enkefalitisz, bizonyos agyi területek vaszkuláris károsodása, egyes agyi daganatok és antipszichotikus (dopamin receptor blokkoló) gyógyszerek alkalmazása okozhatnak másodlagos parkinsonizmust.

**Motoros komplikációk (motoros szövődmények):** Az a jelenség, amikor a per os gyógyszerelés nem biztosít egyenletes mozgásteljesítményt. A hatástartam rövidülés (wearing-off, WO), a rossz mozgásteljesítménnyel járó állapotok megjelenése (OFF), a jó és a rossz mozgásteljesítménnyel járó állapotok váltakozása (ON-OFF fluktuáció), diszkinézia, késedelmes ON (delayed ON) és ON nélküli (no ON) állapotok, illetve ezek kombinációi tartoznak ide.

**Mozgászavarok:** A központi idegrendszer olyan betegségeit értjük, ahol a primer motoros és szenzoros pályák relatív megkíméltsége mellett a mozgások kivitelezése zavart szenved és/vagy akarattól független kóros mozgásformák jelenhetnek meg.

**Nem-motoros fluktuációk:** A mozgásteljesítmény változékonyságával együtt járó változékonyság a nem-motoros tünetekben. Típusos példája az OFF állapotban jelentkező vagy romló szorongás, depresszió.

**Nem-motoros tünetek:** A PK azon tünetei, melyek nem a mozgás kivitelezéssel kapcsolatosak.

**Neurodegeneratív betegség:** Örökletes és sporadikus betegségek csoportjának bármelyike, amelyet a neuronok (és gliasejtek) meghatározott, gyakran szinaptikusan összekapcsolt populációinak progresszív diszfunkciója, degenerációja és elhalása jellemez.

**No-ON: Nincs ON jelenség.** Egyáltalán nem vált ki hatást a bevett gyógyszeradag.

**OFF állapot:** Gyógyszeres kezelés mellett rossz mozgásteljesítménnyel járó időszak. Lehet megjósolható (például gyógyszerbevitel körüli időszakokra korlátozódó) vagy megjósolhatatlan (gyógyszerbeviteli időponttól független).

**OFF disztónia:** Fájdalmas kényszertartás, mely főleg az OFF állapotokban jelentkezik, a nemzetközi definíciók szerint az OFF disztónia szintén egyfajta diszkinézia.

**ON állapot:** Gyógyszeres kezelés mellett jó mozgásteljesítményt biztosító időszak.

**Parkinson Plusz szindrómák:** Olyan parkinsonizmussal járó neurodegeneratív megbetegedések csoportja, melyek szövettanilag különböznek a PK-tól. Általában gyorsabb lefolyásúak, gyógyszeres kezelésre rosszabban reagálnak, illetve olyan klinikai tünetekkel (is) rendelkeznek, amelyek PK-ban atípiának számítanak. Klinikai diagnózisát kritériumrendszerek alapján lehet felállítani. A multiszisztémás atrofia, a progresszív szupranukleáris parézis, a diffúz Lewy-testes demencia és a kortikobazális szindróma tartozik ebbe a betegségcsoportba.

**Parkinsonizmus:** Parkinsonizmus vagy más néven akinetikus-rigid szindróma. Bradikinézia mellett rigor és/vagy nyugalmi tremor összességét nevezzük parkinsonizmusnak. Az MDS-PD definíció szerint a poszturális instabilitás nem része a parkinsonizmus definíciójának. A magyar orvosi nomenklatúrában tradicionálisan a parkinsonizmus alatt a másodlagos parkinsonizmusokat, mint kórképeket (etiológiai kórokokat) értették, azonban a nemzetközi irodalomban, a parkinsonizmus egy tünetegyüttest takar.

**Parkinson-kór korai (stabil vagy nem-szövődményes) szakasza:** A motoros tünetek megjelenésétől a motoros fluktuációk megjelenéséig tartó időszak.

**Parkinson-kór:** Olyan parkinsonizmussal járó neurodegeneratív megbetegedés, melynek alapját jellegzetes szövettani elváltozások képezik (Lewy-testek), klinikailag az aszimmetrikus parkinsonizmus dominál és levodopa szubsztitúcióra jól reagál. Klinikai diagnózisát kritériumrendszerek alapján lehet felállítani.

**Pisa-szindróma:** Poszturális helyzetben jelentős fokban oldalra hajló gerinctartás, mely fekvés alatt javulhat.

**PK klinikai szakasza:** A PK-ra jellegzetes motoros tünetek alapján a PK klinikai diagnózisa felállítható.

**Preklinikai PK:** A PK-ra jellegzetes neurodegeneratív folyamatok elindultak és szövettanilag kimutathatók, azonban a betegség jellegzetes klinikai jegyei még nem észlelhetők.

**Prodromális PK:** A PK egyes tünetei észlelhetők, de a jelen lévő klinikai tünetek még nem elégségesek a PK klinikai diagnózisának felállításához.

**Rigiditás vagy rigor:** Olyan izomtónus növekedés, mely a mozgás teljes tartományában passzív mozgás során egyszerre észlelhető az agonista és antagonisták izmokban. A rigor mértékét a nagyobb ízületek lassú, passzív mozgása alapján ítéljük meg. Először provokációs manőverek alkalmazása nélkül értékeljük (spontán rigor), majd provokációs manőverek mellett (provokált rigor).

**Start hezitáció:** A mozgásindítás nehezítettsége, akár többszöri próbálkozással például a felállás vagy az elindulás során.

**Tremor:** A harántcsikolt izomzat ritmusos, szinuszos jellegű, akaratlan mozgása.

**Wearing-off:** Hatástartam rövidülés. A betegség előrehaladtával ugyanaz a gyógyszer dózis rövidebb ideig képes a tüneteket megfelelően javítani.

## 2. Rövidítések

<b>ACE:</b>	Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (Addenbrooke Cognitive Examination)
<b>APO:</b>	Apomorfin (apomorphine)
<b>BDI:</b>	Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory)

<b>CBD :</b>	Kortikobazális degeneráció (Corticobasal degeneration)
<b>CBS:</b>	Kortikobazális szindróma (Corticobasal syndrome)
<b>CBT:</b>	Kognitív magatartás terápia (Cognitive Behavioural Therapy)
<b>COMT:</b>	Catechol-O-methyl-transperase enzim (Catechol-O-methyl-transperase enzyme)
<b>COMTI:</b>	Catechol-O-methyl- transperase enzimgátló (Catechol-O-methyl- transperase inhibitors)
<b>DA:</b>	Dopamin agonista (dopamine agonist)
<b>DAWS:</b>	Dopamin agonista megvonási szindróma (Dopamine agonist withdrawal syndrome)
<b>DBS:</b>	Mély agyi stimuláció (deep brain stimulation)
<b>DDCI:</b>	DOPA-dekarboxiláz enzimgátló (DOPA-decarboxylase inhibitors)
<b>DDS:</b>	Dopamin diszregulációs szindróma (Dopamine syregulation syndrome)
<b>DSM-IV:</b>	Mentális Rendellenességek Kórmeghatározó és Statisztikai Kézikönyve 4. Kiadás (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition)
<b>DSM-IV-TR:</b>	Mentális Rendellenességek Kórmeghatározó és Statisztikai Kézikönyve 4. átdolgozása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Text Revision)
<b>DSM-5:</b>	Mentális Rendellenességek Kórmeghatározó és Statisztikai Kézikönyve 5. Kiadás (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition)
<b>EDS:</b>	Nappali túlzott mértékű aluszékonyság (Excessive Daytime Sleepiness)
<b>ESS:</b>	Epworth Aluszékonyság Skála (Epworth Sleepiness Scale)
<b>GCI:</b>	Gliális citoplazmatikus inklúziók (Papp-Lantos testek, Glial cell inclusions)
<b>GPI:</b>	Globus pallidus internus (internal part of globus pallidus)
<b>HAM-A:</b>	Hamilton Szorongás Skála (Hamilton Anxiety Scale)
<b>HYS:</b>	Hoehn-Yahr Skála vagy Hoehn-Yahr Stádium (Hoehn-Yahr Scale, Hoehn-Yahr Stage)
<b><sup>123</sup>I-IBZM:</b>	(S)-2-hydroxy-3-[ <sup>123</sup> I]iodo-6-methoxy-N-[(1-ethyl-2-pyrrolidinyl)methyl]-benzamide, <sup>123</sup> I-lolopride
<b><sup>123</sup>I-FP-Cit:</b>	<sup>123</sup> I-FP-Cit (DAT), ((N- $\omega$ -fluoropropyl-2- $\beta$ -carbomethoxy-3 $\beta$ -(4-[ <sup>123</sup> I]iodophenyl)nortropane), <sup>123</sup> I loflupane) SPECT
<b><sup>123</sup>I-MIBG:</b>	<sup>123</sup> I-metaiodobenzilguanidin SPECT-trészer
<b>ICD:</b>	Impulzus kontroll zavar(ok) (Impulse control disorders)
<b>IPMDS:</b>	Nemzetközi Parkinson és Mozcászavar Társaság (International Parkinson and Movement Disorders Society, korábban MDS)
<b><sup>18</sup>F-FDG:</b>	[ <sup>18</sup> F]-Fluoro-2-deoxy-2-d-glucose
<b>LB:</b>	Levodopa/benserazide
<b>LC:</b>	Levodopa/carbidopa
<b>LCIG:</b>	Levodopa/carbidopa intesztinális gél
<b>LECIG:</b>	Levodopa/entacapone/carbidopa intesztinális gél (Levodopa/entacapone/carbidopa Intestinal Gel)
<b>MADRS:</b>	Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)
<b>MAO-B:</b>	Monoaminoxidáz-B enzim (Monoaminoxidáz-B enzyme)
<b>MAOI:</b>	Monoaminoxidáz-B enzimgátló (Monoaminoxidáz-B enzyme inhibitor)
<b>MDRS:</b>	Mattis Demencia Pontozó Skála (Mattis Dementia Rating Scale)
<b>MDS:</b>	Movement Disorders Society (Mozgászavar Társaság)
<b>MDS-PD:</b>	Mozgászavar Társaság Parkinson-kór Kritériumrendszere (Movement Disorders Society Parkinson's Disease criteria)
<b>MDS-UPDRS:</b>	Movement Disorder Society-féle Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála (Movement Disorders Society-sponsored Unified Parkinson's Disease Rating Scale)
<b>MMSE:</b>	Mini Mentál Státusz Vizsgálat (Mini Mental State Examination)
<b>MoCA:</b>	Montreal Kognitív Felmérés (Montreal Cognitive Assessment)
<b>MRI:</b>	Mágneses rezonancia képalkotás (Magnetic Resonance Imaging)
<b>MPTP:</b>	1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridin
<b>MSA:</b>	Multiszisztémás atrófia (Multisystem atrophy)
<b>NBIA:</b>	Agyi vaslerakódással járó neurodegeneratív betegségek (Neurodegeneration with Brain Iron Accumulation)
<b>NCD:</b>	Neurokognitív zavar (Neurocognitive disorder)



<b>NMDA:</b>	N-methyl-D-aspartat
<b>NMS:</b>	Nem-motoros tünetek (Non-motor symptoms)
<b>OFF (állapot):</b>	Szövődményes Parkinson-kórban a rossz mozgásteljesítménnyel járó állapot
<b>OH:</b>	Ortosztatikus hipotenzió (orthostatic hypotension)
<b>ON (állapot):</b>	Szövődményes Parkinson-kórban a jó mozgásteljesítménnyel járó állapot
<b>PD:</b>	Parkinson-kór (Parkinson's disease)
<b>PDD:</b>	PK demencia (Parkinson's disease dementia)
<b>PDQ-8:</b>	Parkinson-kór Kérdőív – 8 kérdéses változat (Parkinson's Disease Questionnaire – 8 items version)
<b>PDQ-39:</b>	Parkinson-kór Kérdőív – 39 kérdéses változat (Parkinson's Disease Questionnaire – 39 items version)
<b>PDSS-2:</b>	Parkinson-kór Alvás Skála 2. Verzió (Parkinson's Disease Sleep Scale 2nd version)
<b>PEG/J:</b>	Perkután endoszkópos gasztrosztómia jejunális extenzióval (Percutaneous endoscopic gastrostomy with jejunal extension)
<b>PET:</b>	Pozitron emissziós tomográfia (Positron emission tomography)
<b>PIGD :</b>	Poszturális instabilitás és járászavar tünetek (Postural instability and gait symptoms)
<b>PK:</b>	Parkinson-kór
<b>PSP:</b>	Progresszív szupranukleáris bénulás (Progressive supranuclear palsy)
<b>QUIP:</b>	Impulzus Kontroll Zavar Kérdőív Parkinson-kórban (Questionnaire for impulsive-compulsive disorders in Parkinson's disease)
<b>RBD:</b>	REM magatartászavar betegség (REM Behavioral Disorder)
<b>REM:</b>	Gyors szemmozgással járó alvsfázis (Rapid eye movements)
<b>RLS:</b>	Nyugtalan lábak szindróma (Restless Legs Syndrome)
<b>rTMS:</b>	Repetitív transzkranialis mágneses stimuláció (Repetitive transcranial magnetic stimulation)
<b>SPECT:</b>	Single (Egyes) foton emissziós komputer tomográfia (Single-photon emission computed tomography)
<b>STN:</b>	Szubtalamikus mag (Subthalamic nucleus)
<b>SWEDD:</b>	Scans without evidence of dopaminergic deficit
<b>UKPDSBB:</b>	Egyesült Királyság Parkinson-kór Társaság Agybank kritériumai (United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank criteria)
<b>Vim:</b>	Nucleus ventralis intermedius thalami
<b>UDysRS:</b>	Egységesített Diszkinézia Pontozó Skála (Unified Dyskinesia Rating Scale)
<b>UKPDSBB:</b>	Egyesült Királyság Parkinson-kór Társaság Agybank Kritériumrendszere (United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank Criteria)
<b>UPDRS :</b>	Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála (Unified Parkinson's Disease Rating Scale)

### 3. Bizonyítékok szintje

Az egészségügyi szakmai irányelv megállapításainak és ajánlásainak tudományos megalapozottságát a TUDOR munkacsoport ajánlásainak figyelembevételével, egyszerűsített formában jeleztük. [1]

Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő adatok gyűjtésére felhasznált forrásanyag osztályozása az alábbi:

Bizonyíték szintje	Meghatározás
<b>RM</b>	(metaanalízis) randomizált - kontrollált vizsgálatokból készült metaanalízis
<b>NN</b>	(nyílt klinikai vizsgálat) nagy betegpopuláción (n > 500) végzett nyílt, prospektív naturalisztikus vizsgálat
<b>GL</b>	(útmutató-guideline) legalább három nemzeti és/vagy nemzetközi szakmai Irányelvben/ Útmutatóban egybehangzóan szereplő állítás
<b>RK</b>	(randomizált, kontrollált vizsgálat) randomizált kontrollált vizsgálat
<b>SZV</b>	(szisztematikus vizsgálat) tudományos igényű vizsgálat, de nem NN és nem RK
<b>EA</b>	(esettanulmány vagy anekdotikus közlés) esetismertetés(ek), vagy jelentős szakemberek publikált vélekedésére alapozott megállapítás

[saját szerkesztés]

#### 4. Ajánlások rangsorolása

Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése, a bizonyítékháttér és a TUDOR munkacsoport ajánlásainak figyelembevételével az alábbi konszenzusos döntés szerint történt. [1]

Szint	Ajánlások
<b>A</b>	Az ajánlás alapja RM és/vagy (NN és RK) és/vagy (RK és GL)
<b>B</b>	Az ajánlás alapja [NN és (SZV vagy EA)], illetve [RK és (SZV vagy EA)] vagy [GL és (SZV vagy EA)]
<b>C</b>	Az ajánlás alapja GL vagy NN vagy RK
<b>D</b>	Az ajánlás alapja SZV és/vagy EA

[saját szerkesztés]

## V. BEVEZETÉS

### 1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Bár nem létezik egységes definíciója, a mozgászavarok alatt a központi idegrendszer olyan betegségeit értjük, ahol a primer motoros és szenzoros pályák relatív megkíméltsége mellett a mozgások kivitelezése szenved zavart, miközben akarattól független kóros mozgásformák jelenhetnek meg. A tünetek megjelenéséért rendszerint a bazális ganglionok és/vagy a cerebellum károsodása tehető felelőssé. A parkinsonizmus egy olyan tünetegyüttes, melyben bradikinézia mellett vagy rigor, vagy nyugalmi tremor, vagy mindkettő megfigyelhető. [2], [3] Világszerte az egyik leggyakoribb mozgászavar a Parkinson-kór (PK).

A magyar Pápai-Pariz Ferenc már 1690-ben leírta a PK négy alapvető tünetét, a remegést, az izommerevséget, a meglassultságot és a testtartási instabilitást [4]. A betegség azonban csak 127 évvel később, James Parkinson 1817-es közleményének megjelenését követően került át az orvosi köztudatba [5]. A PK sorsszerű, progresszív lefolyású, degeneratív központi idegrendszeri betegség, mely a leggyakoribb parkinsonizmust okozó megbetegedés. A PK a második leggyakoribb neurodegeneratív megbetegedés az Alzheimer-kór után, prevalenciája folyamatos növekedést mutat. Jelenleg a világ leggyorsabban növekvő prevalenciát mutató neurológiai betegsége a PK. 1990 és 2015 között a PK-ban szenvedők száma megduplázódott, és meghaladta a 6 milliót. Elsősorban az öregedés miatt ez a szám az előrejelzések szerint 2040-re ismét megduplázódik, és meghaladhatja a 12 milliót [6]. További tényezők, úgymint a növekvő élettartam, a dohányzás arányának csökkenése, az ultra feldolgozott élelmiszerek és italok rendszeres fogyasztása, az egyre csökkenő napi fizikai aktivitás és a növekvő iparosodás, 17 millió fölé emelhetik a terhet [6]. A betegség tünetei típusosan a 6. évtizedben jelennek meg először, azonban egyre gyakrabban találkozhatunk a munkaképes korosztályt érintő fiatalkori PK megjelenésével is [7].

Prevalenciája az életkorral nő, míg a 4. évtizedben 41/10 000 fő, az 5. évtizedben már 107, a 6. évtizedben 428, a 7. évtizedben 1087 és 80 év felett pedig 1903/10 000 fő [8]. A PK nemzetgazdasági hatása jelentős, hiszen az esetenként évtizedeken át tartó gyógyszeres és műtéti kezelések mellett a munkaképesség és az önellátás elvesztésének az indirekt hatásai is nagymértékűek lehetnek.

A PK kialakulásának egyértelmű oka máig ismeretlen. Nagyrészt sporadikus előfordulású, kialakulásában komplex poligénes hatás és környezeti faktorok, toxinok együttes oki szerepét feltételezik.

A betegség diagnosztikájának felállítása a klinikai tünetek alapján lehetséges, de boncolási adatok alapján ismert, hogy a klinikai diagnózis az esetek akár 15-20%-ában nem helyes. Ez arra utal, hogy az észlelt tünetek alapján nem mindig egyértelmű, hogy a beteg PK-ban szenved, vagy esetleg más Parkinson szindrómáról van szó. Így a betegség korai szakaszától kezdve fontos a differenciáldiagnosztika céljából nélkülözhetetlen vizsgálatok elvégzése és a kritériumrendszerek alkalmazása.

Az elmúlt években a betegség korszerű ellátásáról új tudományos eredmények jelentek meg, ezért szükséges a korábbi szakmai ajánlások továbbfejlesztése. Jelen egészségügyi szakmai irányelv a korszerű, hatékony kezelés kereteit, feltételrendszerét és általános ajánlásait tartalmazza az ehhez szükséges ellátás szervezési és finanszírozási feladatainak megvalósításához. Ez az egészségügyi szakmai irányelv a kézirat összeállításának időpontjában rendelkezésre álló tudományos és szakmai tapasztalatok körültekintő mérlegelésének, valamint a nemzetközi ajánlásoknak a hazai viszonyokra történő adaptálásának eredménye, figyelembe véve a betegszervezetek összegyűjtött tapasztalatait. Fejlesztésének célja a Parkinson-kór ellátás standardjainak kialakítása, fejlesztési irányainak és ütemének meghatározása, az ellátás minőségbiztosításának elősegítése.

## 2. Felhasználói célcsoport

A felhasználói célcsoport kiterjed az egészségügyi alapellátás (a gyanú felvetése, szakvizsgálatra irányítás feladata) a járó- és fekvőbeteg-szakellátás szakemberein kívül a kapcsolódó egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű szakemberekre (gyógytornász, pszichológus, gyógypedagógus, logopédus szakasszisztens, szakápoló, elektroterápiás asszisztens) és más egészségügyi, szociális, oktatási területen dolgozó szakemberekre és szakdolgozókra. Az egészségügyi szakmai irányelv napi gyakorlatukhoz igyekszik a legújabb bizonyítékokra épülő ajánlásokat tenni. További célja, hogy a döntéshozók, ellátásszervezők részére áttekinthető irányvonalat biztosítson, amely a szolgáltatások tervezéséhez a legújabb bizonyítékokra épülő támpontot nyújtja. Javasolható minden betegnek és hozzátartozóinak, betegképviseltek és civil szervezetek számára, akik az irányelv elolvasásával összefoglaló szakmai tájékoztatást kapnak a hazai ellátás lépéseiről.

## 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 irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

### Definíciókat érintő GL

<b>Szerző(k):</b>	Goetz et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	Movement Disorders Society (MDS)
<b>Cím:</b>	Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results
<b>Megjelenés adatai:</b>	2008 Mov Disord. 2008 Nov 15;23(15):2129-70. doi: 10.1002/mds.22340
<b>Elérhetőség: [9]</b>	<a href="https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.22340">https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.22340</a>
<b>Szerző(k):</b>	Albanese et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	Movement Disorders Society (MDS)
<b>Cím:</b>	Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update 2013
<b>Megjelenés adatai:</b>	Mov Disord. 2013 Jun 15;28(7):863-73. doi: 10.1002/mds.25475
<b>Elérhetőség: [10]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23649720/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23649720/</a>
<b>Szerző(k):</b>	Postuma et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	Movement Disorder Society
<b>Cím:</b>	MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2015 Mov Disord 2015 Oct;30(12):1591-601. doi: 10.1002/mds.26424.
<b>Elérhetőség: [3]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474316/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474316/</a>

### Diagnózis felállítását érintő GL

<b>Szerző(k):</b>	Postuma et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	Movement Disorder Society
<b>Cím:</b>	MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2015 Mov Disord 2015 Oct;30(12):1591-601. doi: 10.1002/mds.26424.
<b>Elérhetőség: [3]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474316/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474316/</a>
<b>Szerző(k):</b>	Berg et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	Movement Disorder Society
<b>Cím:</b>	MDS research criteria for prodromal Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2015 Mov Disord. 2015 Oct;30(12):1600-11. doi: 10.1002/mds.26431.
<b>Elérhetőség: [11]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474317/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474317/</a>

<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség: [12]</b>	Heinzel et al. Movement Disorder Society Update of the MDS research criteria for prodromal Parkinson's disease 2019 Mov Disord. 2019 Oct;34(10):1464-1470. doi: 10.1002/mds.27802 <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31412427/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31412427/</a>
<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség: [13]</b>	Litvan et al. Movement Disorder Society Movement Disorders Society Scientific Issues Committee report: SIC Task Force appraisal of clinical diagnostic criteria for Parkinsonian disorders 2003 Mov Disord. 2003 May;18(5):467-86. doi: 10.1002/mds.10459 <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12722160/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12722160/</a>
<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség: [14]</b>	Berardelli et al. European Federation of Neurological Societies EFNS/MDS-ES recommendations for the diagnosis of Parkinson's disease 2013 European Journal of Neurology 2013, 20: 16–34 <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279440/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279440/</a>
<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség: [15]</b>	McKeith et al. DLB Consortium Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium 2017 Neurology. 2017 Jul 4;89(1):88-100. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592453/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592453/</a>
<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség: [16]</b>	Höglinger et al. Movement Disorder Society Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: The Movement Disorder Society criteria 2017 Mov Disord. 2017 Jun;32(6):853-864 <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28467028/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28467028/</a>
<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség: [17]</b>	Armstrong et al Movement Disorder Society Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration 2013 Neurology. 2013 Jan 29; 80(5): 496–503. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23359374/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23359374/</a>
<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség: [18]</b>	Gilman et al. Movement Disorder Society Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy 2008 Neurology. 2008 Aug 26;71(9):670-6 <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18725592/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18725592/</a>

**Kezelési módokat érintő GL**

<b>Szerző(k):</b>	Ferreira et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	European Federation of Neurological Societies
<b>Cím:</b>	Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2013 European Journal of Neurology 2013, 20: 5–15
<b>Elérhetőség: [19]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279439/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279439/</a>
<b>Szerző(k):</b>	Horstink et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	European Federation of Neurological Societies
<b>Cím:</b>	Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies (EFNS) and the Movement Disorder Society-European Section (MDS-ES). Part II: late (complicated) Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2006 European Journal of Neurology 2006, 13: 1186–1202
<b>Elérhetőség: [20]</b>	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1331.2006.01548.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1331.2006.01548.x</a>
<b>Szerző(k):</b>	Horstink et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	European Federation of Neurological Societies
<b>Cím:</b>	Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies (EFNS) and the Movement Disorder Society-European Section (MDS-ES). Part I: early (uncomplicated) Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2006 European Journal of Neurology 2006, 13: 1170–1185
<b>Elérhetőség: [21]</b>	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1331.2006.01547.x?utm_sq=h0481pggc3">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1331.2006.01547.x?utm_sq=h0481pggc3</a>
<b>Szerző(k):</b>	Seppi et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	The Movement Disorder Society
<b>Cím:</b>	The Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Review Update: Treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2011 Mov Disord. 2011 Oct;26 Suppl 3(0 3):S42-80.
<b>Elérhetőség: [22]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021174/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021174/</a>
<b>Szerző(k):</b>	Seppi et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	The Movement Disorder Society
<b>Cím:</b>	Update on treatments for nonmotor symptoms of Parkinson's disease-an evidence-based medicine review
<b>Megjelenés adatai:</b>	2019 Mov Disord. 2019 Feb;34(2):180-198
<b>Elérhetőség: [23]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30653247/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30653247/</a>
<b>Szerző(k):</b>	Fox et al.
<b>Tudományos szervezet:</b>	The Movement Disorder Society
<b>Cím:</b>	International Parkinson and movement disorder society evidence-based medicine review: Update on treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease
<b>Megjelenés adatai:</b>	2018 2018 Mov Disord. 2018 Aug;33(8):1248-1266
<b>Elérhetőség: [24]</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29570866/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29570866/</a>

**Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:**

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvel.

## VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

### Parkinson-kór kialakulása

A parkinsonizmus olyan tünetegyüttes, melyben bradikinézia mellett vagy rigor, vagy nyugalmi tremor, vagy mindkettő megfigyelhető [2], [3]. A leggyakoribb parkinsonizmust okozó megbetegedés a Parkinson-kór (PK).

A PK kialakulásának egyértelmű oka máig ismeretlen. Patológiailag a substantia nigra dopamin-termelő sejtjeinek pusztulása és az idegrendszer különböző részeiben az  $\alpha$ -szinuklein tartalmú Lewy-testek és Lewy-neuritek megjelenése jellemzi. A substantia nigra dopamintermelő sejtjeinek pusztulása mellett a noradrenerg és a kolinerg neurotransmitter rendszerek károsodása is jelentős fokban hozzájárul a PK szerteágazó tünettanához [25].

A PK biztos diagnózisa ma is patológiai, mely a substantia nigra pars compactjának sejtpusztulásán és Lewy testek (intraneuronális hyalin zárványtestek) jelenlétén alapul. A Lewy-neuritek és a Lewy-testek a központi idegrendszer más területein is megjelennek, illetve előfordulnak a központi idegrendszeren kívüli területen is, például az enterális idegrendszerben vagy a bőrben.

Genetikai predispozíció mellett környezeti faktorok szerepe is feltételezhető a betegség kialakulásában. A növényvédő szerek, a fejsérülés, a légszennyezettség, a szén-monoxid, a mangán és bizonyos toxinok megnövelik, míg a nikotin-, koffeinhasználat és a magas húgysavszint inkább csökkentik a PK kialakulási esélyét [7], [25], [26].

### A Parkinson-kór stádiumai

Amikor a PK első tünetei megjelennek, a substantia nigra sejtjeinek már a túlnyomó része (akár a 60-80%-a) elpusztult. Ez a jelenség nemcsak az agyunk bámulatatos kompenzációs képességére utal, hanem feltételezi egy többéves, esetleg évtizedes preklinikai állapot jelenlétét is. A PK kórlefolyásának klinikai stádium beosztását 2014-ben gondolták újra [11], [12]. Az új klasszifikáció alapján az alábbi szakaszokat különböztethetjük meg:

- **Preklinikai szakasz.** A PK-ra jellegzetes neurodegeneratív folyamatok elindultak és szövettanilag kimutathatók, azonban a betegség jellegzetes klinikai tünetei még nem észlelhetők.
- **Prodromális szakasz.** A PK egyes motoros és nem-motoros tünetei észlelhetők, de a jelen lévő klinikai tünetek még nem elégségesek a PK klinikai diagnózisának kimondásához.
- **Klinikai szakasz.** A PK-ra jellegzetes motoros tünetek alapján a PK klinikai diagnózisa felállítható. A jellegzetes klinikai tünetek és gyógyszeres mellékhatások alapján a klinikai szakaszt tovább bonthatjuk korai, szövődményes és előrehaladott stádiumokra.
- **Korai (nem-komplikált) PK** (angolul: early or non-complicated PD): Ebben a fázisban megfelelő gyógyszeres kezeléssel szinte tünetmentes vagy tartósan jó mozgásteljesítménnyel járó állapot érhető el („mézeshetek” periódus).
- **Szövődményes (komplikált) PK** (angolul: complicated PD): Az antiparkinson gyógyszeres kezelés mellett változókéony motoros teljesítmény, illetve a gyógyszeres kezelés által kiváltott motoros komplikációk észlelhetők [20].
- **Előrehaladott PK** (angolul: advanced PD): A komplikált PK azon szakasza, amikor a motoros komplikációk már „optimális” per os gyógyszerelés mellett is zavaróak. Konszenzus alapján a legalább napi 5-szöri levodopa bevétel, legalább napi 2 óra OFF és a legalább napi 1 óra zavaró diszkinézia bármelyikének észlelése az előrehaladott PK állapotra utalhat [27].

Legújabb kutatások szerint a csökkent újdonságkereső és kockázatkerülő életmód kialakulása, a szaglás képességének romlása, a székrekedés, a hangulatzavar, a REM magatartászavar, illetve a látás során a kontrasztérzékenység csökkenése tekinthetők jellegzetes prodromális tüneteknek [11], [12], [28], [29]. Az utóbbi években egyre több kutatás célozza meg a preklinikai és prodromális PK kimutatását, mivel egyes feltételezések szerint megfelelő neuroprotektív kezelési lehetőségekkel ilyen fázisban a PK kialakulása megelőzhető vagy későbbi életkorra kitolható lenne. A prodromális PK kutatási kritériumrendszerét 2015-ben állították fel [11], melyet 2019-ben frissítettek [12]. Egyelőre nem ismert a prodromális szakasz klinikai szakaszba lépő konverziójának gyakorisága. Jelenleg a prodromális PK azonosítása kutatási jelentőségű, így a jelen egészségügyi szakmai irányelvben részletezésre nem kerül.

**Parkinson-kór tünetei**

A PK tünettana szerteágazó, mozgással-kapcsolatos (motoros) és a mozgással nem kapcsolatos (nem-motoros, NMS) tünetekre osztható.

**Motoros tünetek**

A motoros tünetek megjelenése, illetve észlelése képezi a PK klinikai diagnózisának alapját [3], [13]. A nyugalmi kézremegés csak a betegek egy részénél domináns tünet (tremor domináns PK), míg másoknál a meglassultság, az izommerevség és az izomgörcsök jelentik a legnagyobb problémát (rigid-akinetikus PK). Amennyiben a tremor és a bradikinézia egyformán hangsúlyos, úgy kevert típusú Parkinson-kórról beszélünk. A tünetek aszimmetrikus indulásúak és ez az oldal különbség a betegség lefolyása alatt mindvégig fennmarad. A betegség előrehaladtával az axiális tünetek, a testtartási instabilitás és járászavar (PIGD – postural instability and gait disorder) fokozódnak, illetve később akár dominánssá is válhatnak. A legfontosabb motoros tüneteket az 1. táblázatban is ismertetjük.

**1. táblázat:** A Parkinson-kór főbb motoros tünetei [2]

<b>Motoros (mozgással kapcsolatos) tünetek:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bradikinézia (meglassultság és egyre csökkenő amplitúdójú és/vagy sebességű mozgáskivitelezés kombinációja)</li> <li>– Rigiditás (izomtónus-fokozódás egyik típusa, ahol az agonista és antagonisták izmok tónusa is kórosan megnő)</li> <li>– Tremor (remegés)</li> <li>– Görnyedt testtartás</li> </ul>
<p>Főleg előrehaladott fázisban jellemző tünetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Testtartási instabilitás</li> <li>– Lefagyás</li> <li>– Hezitáció</li> <li>– Elesések</li> <li>– Motoros komplikációk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gyógyszer hatástartam rövidülés (wearing off)</li> <li>– ON-OFF fluktuáció</li> <li>– Csúcs-koncentrációs hiperkinezisek</li> <li>– Bifázisos diszkinézia</li> <li>– Disztónia</li> <li>– Delayed ON</li> <li>– No ON jelenség</li> </ul> </li> </ul>

*A Parkinson-kór leggyakrabban előforduló és legfontosabb motoros tüneteinek felsorolása. Diszkinézia alatt a choreiform hiperkineziseket és a disztóniát együttesen értjük.*

**Nem-motoros tünetek (NMS)**

Mivel a dopamin nemcsak a mozgáskivitelezésben, hanem többek között az öröm megélésében, a hangulat szabályozásában, a motivációban, a jutalmazásban és a függőségek kialakulásában is szerepet játszik, ezért a Parkinson-kór tünettana igencsak szerteágazó lehet [30-32]. A depresszív hangulat, az örömtelenség érzése, a szorongás és az apátia csak néhány a Parkinson-kórra jellegzetes hangulati élet változásai közül [33-35]. Az alvászavar, a kóros mértékű fáradékonyság (fatigue), illetve a koncentrációs képesség csökkenése a betegek munkaképességét is jelentősen befolyásolhatja [32]. Előrehaladott esetekben a kognitív hanyatlás, a vizeleti problémák súlyosbodása, és a fokozott nyálfolyás szintén jelentősen ronthatja a betegek életminőségét.

Előrehaladott Parkinson-kórban a nem-motoros tünetek is mutathatnak fluktuációt. Erre típusos példa az affektív zavarok egy része, amikor ON állapotban a betegnek a hangulata jónak mondható, míg a gyógyszerhatás elmúlásával (wearing off és OFF állapotokban) párhuzamosan szorongás és/vagy depresszív tünetek jelennek meg, illetve fokozódnak.

A legfontosabb nem-motoros tüneteket a 2. táblázatban is ismertetjük.

**2. táblázat:** A Parkinson-kór leggyakrabban leírt nem-motoros tünetei, amelyek a betegség természetes lefolyására vezethetők vissza vagy pedig a terápiával kapcsolatosak [30]

Domain	Tünetek
Autonóm	Vérnyomásváltozások ortosztatisz hipotenzióval, tachycardia, vizeleti zavarok (például sürgősség, gyakoriság), noktúria, szexuális diszfunkció, hiperszexualitás (valószínűleg gyógyszer okozta), paroxizmális izzadás, seborrheoa, xerostomia („száraz szem”), arc hiperémia, mydriasis, sápadtság.
Gyomor-bélrendszeri	Nyálcsorgás, diszfágia, székrekedés, széklet inkontinencia, meteorizmus.
Alvás	REM viselkedési zavar (RBD), túlzott nappali aluszékonyság, élénk álmok, álmatlanság, periodikus végtagmozgások (PLM), nyugtalan lábak szindróma (RLS).
Neuropszichiátriai	Kognitív károsodás (beleértve az enyhe kognitív károsodást és a demenciát), depresszió, anhedónia, apátia, szorongás, pánikrohamok, delírium, hallucinációk, illúziók, téveszmék, impulzuskontroll-zavar (ICD), dopamin diszregulációs szindróma (DDS), dopamin agonista megvonási szindróma (DAWS).
Érzékszervi	Fájdalom, szaglási zavar, homályos látás, vizuális diszkriminációs zavarok (neurokognitív károsodással is összefügg).
Egyéb	Fáradtság, diplopia, súlyvesztés vagy súlygyarapodás (gyakran gyógyszerrel és fejlődéssel összefüggő).

### Parkinson-kór diagnózisának felállítása

#### Ajánlás1

**A Parkinson-kór diagnózisának felállítását és az egyéb parkinsonizmust okozó betegségek kizárását neurológus szakorvosnak kell elvégeznie. Differenciáldiagnosztikai probléma esetében javasolt a beteg referálása specialistához egy Parkinson Centrumba. (A)**

Jelenleg a PK diagnózisának felállítása a klinikai tüneteken alapul, mert nem áll rendelkezésünkre olyan laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálat, ami önmagában a PK-ra szenzitív és specifikus eredményt adna [3], [13]. A koponya MRI és a laboratóriumi vizsgálatok jelentősége a parkinsonizmussal járó egyéb megbetegedések kimutatásában rejlik [3], [25], [36]. A dopaminerg rendszer funkcionális képalkotással (SPECT vagy PET) történő vizsgálata is csak a dopamin rendszer funkciózavarát mutatja ki [37], [38], de nem képes a háttérben meghúzódó etiológiát tisztázni [39-41].

Az PK diagnózisa jelenleg teljes biztonsággal csak szövettani vizsgálattal állítható fel, azonban a klinikai tünetek gondos elemzése alapján megfelelő pontossággal kimondható a klinikai diagnózis. A megbízható és reprodukálható klinikai diagnosztika érdekében különböző diagnosztikai kritériumrendszerek kerültek kifejlesztésre.



**Ajánlás2****Parkinson-kór klinikai diagnózisát nemzetközileg elfogadott kritériumrendszerek alapján kell felállítani. (A)**

Egyesült Királyság Parkinson-kór Társaság Agybank Kritériumrendszere (UKPDSBB)

A klinikai gyakorlatban legtöbbször az Egyesült Királyság Agybank kritériumrendszerét követjük [13], [42]. Az ajánlás lényege, hogy a PK diagnózisának felállításához a PK-ra jellemző tüneteknek (például tartós oldal-aszimmetria) fenn kell állniuk, miközben a PK-t utánzó betegségekre jellemző tünetek közül egynek sem szabad jelen lennie. (3. táblázat)

**3. táblázat:** Az Egyesült Királyság Parkinson-kór Társaság Agybank kritériumai a Parkinson-kór diagnózisának felállításához [13], [42]

Fő kritériumok	Támogató kritériumok	Kizáró kritériumok
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bradikinézia és legalább egy másik kritérium az alábbiak közül</li> <li>- 4-6 Hz-es nyugalmi remegés</li> <li>- Rigiditás</li> <li>- Más neurológiai betegséggel nem magyarázható testtartási instabilitás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Legalább 3 jelenléte szükséges a diagnózishoz</li> <li>- Progresszív tünettan</li> <li>- Aszimmetrikus kezdet</li> <li>- Tartósan fennálló oldal-aszimmetria</li> <li>- Nyugalmi remegés jelenléte (frekvenciájától függetlenül)</li> <li>- Legalább 10 éves betegségtartam</li> <li>- Jó levodopa hatékonyság</li> <li>- Levodopa-indukált túlmozgások</li> <li>- Levodopa a tüneteket a betegség kezdetétől számított ötödik év után is javítja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Korábbi gyakori, ismételt fejsérülés (például bokszt)</li> <li>- Stroke, melyet lépcsőzetesen romló parkinsonos tünetek követnek</li> <li>- Korábbi encefalitisz</li> <li>- Neuroleptikus kezelés alkalmazása a tünetek megjelenésekor</li> <li>- Tartós tüneti javulás jelentkezik gyógyszeres kezelés nélkül is</li> <li>- Több mint 1 vérszerinti rokona Parkinson-kóros</li> <li>- 3 év után is csak egyoldali tünetek észlelhetők</li> <li>- Okulogíriás krízis</li> <li>- Szupranukleáris tekintésvazavar</li> <li>- Kisagyi tünetek jelenléte</li> <li>- Hidrokefalusz vagy agydaganat jelenléte</li> <li>- Nagy dózisú levodopa tartalmú gyógyszeres kezelés mellett sem javuló tünetek</li> <li>- MPTP expozíció</li> <li>- Alsó végtagi piramis jelek jelenléte</li> <li>- Korán megjelenő demencia vagy gnosztikus zavar</li> <li>- Korán megjelenő urológiai okkal nem magyarázható vizeleti zavar vagy ortosztatikusz hipotenzio</li> </ul>

A PK klinikai diagnózisának felállításához a bradikinézia mellett legalább egy másik fő kritérium és három támogató kritérium jelenléte szükséges. Amennyiben akár egy kizáró kritérium is igazolható, nagy a valószínűsége annak, hogy PK-t utánzó betegséggel állunk szemben. Az UKPDSBB kritériumokat számos kritika érte, relatíve kevés patológiai megerősítéssel rendelkezett [13], [43], [44], ezért a Mozgászavar Társaság egy új klinikai kritériumrendszer kidolgozását tűzte ki célul.

**Mozgászavar Társaság Parkinson-kór Kritériumrendszere (MDS-PD)**

Hosszas előkészítési munkálatokat követően 2015-ben jelent meg a nemzetközi Mozgászavar Társaság (Movement Disorders Society, MDS) új klinikai kritériumrendszere [3].

Eredeti leírása óta a PK diagnózisának középpontjában egy meghatározott motoros szindróma áll. Az MDS-PD kritériumaiban a motoros szindróma központi szerepe továbbra is dominál, azonban a leggyakoribb nem-motoros tünetek jelenlétét már az új diagnosztikai rendszerbe beépítették. Az MDS-PD kritériumrendszer pontosságát neuropatológiai vizsgálatok is megerősítik [45].

### **Bizonyossági szintek az MDS-PD kritériumrendszerben**

A teljes diagnosztikai bizonyosság klinikailag nem lehetséges. A PK-ral diagnosztizált betegek csupán 75-95%-ának diagnózisát erősíti meg a boncolás. A diagnosztikai kritériumok kialakításakor az érzékenység és a specificitás között ellentét áll fenn. A fals negatív és a fals pozitív eredmények relatív fontossága a kritériumok alkalmazásának céljától függően változik. A többféle felhasználást figyelembe véve az MDS-PD kritériumok a diagnosztikai bizonyosság két különböző szintjét definiálják. Ezek a következők:

- 1. Klinikailag igazolt PK:** A specificitás maximalizálása érdekében a kategóriát azzal a céllal alakították ki, hogy a „klinikailag igazolt PK” betegek nagy többsége (legalább 90%) PK-s legyen.
- 2. Klinikailag valószínűsíthető PK:** Az érzékenység és a specificitás egyensúlyban tartása érdekében a kategóriát azzal a céllal alakították ki, hogy a valószínűsíthető PK-ként diagnosztizált betegek legalább 80%-a valóban PK-s legyen, ugyanakkor a valódi PK esetek 80%-át is azonosítani tudja. A Norvég Agybank vizsgálat alapján a „klinikailag valószínűsíthető PK” bizonyossági szint mellett az MDS-PD kritériumok 89,3%-os diagnosztikai pontossággal jelzik előre a Lewy-patológia jelenlétét [45], ami a megfelelő hatékonyságot alátámasztja.

### **Az MDS-PD alapelvei**

- **Negatív és pozitív kritériumok:** A kritériumok tartalmaznak „negatív” jellemzőket, például abszolút kizáró tényezőket és vörös zászlós tüneteket (angolul red flags), amelyek a PK diagnózisa ellen szólnak, és „pozitív” jellemzőket (támogató kritériumokat), amelyek a PK diagnózisa mellett szólnak.
- **Súlyozás:** Nem minden kritérium egyforma fontosságú a diagnózis felállításában vagy kizárásában. Ezért a negatív diagnosztikai jellemzőket két szintre osztották:
  - **abszolút kizáró tényezőkre**, amelyek a PK bármely diagnosztikai szintjével összeegyeztethetetlen alternatív diagnózisok igen specifikus jelei, és
  - **vörös zászlós tünetekre**, amelyek alternatív patológiára utaló, alacsonyabb vagy bizonytalan specificitású jelek. A vörös zászlós tünetek csak akkor zárják ki a valószínű PK-diagnózist, ha azokat nem lehet támogató kritériumokkal ellensúlyozni. Az abszolút kizáró kritériumok referenciaértéke az volt, hogy a valódi PK kevesebb, mint 3%-ban forduljanak elő, míg a vörös zászlós jelek kevésbé specifikusak más betegségekre.
- **A jellemzők értelmezése:** Egyes kizáró kritériumok értelmezési javaslatokat is tartalmaznak, hogy ne alkalmazzák őket olyan helyzetekre, amelyek nem megfelelőek (például az alvászavarra felírt, alacsony dózisu quetiapin szedő betegnél jelentkező parkinsonizmus nem feltétlenül minősül „gyógyszer okozta parkinsonizmusnak”). Ezenkívül, mivel nem minden enyhíthő körülményt lehet a priori előre látni, a klinikusok „felülbíráhatnak” egy adott kritériumot, feltéve, hogy egyértelműen azonosítanak egy olyan zavaró körülményt, amely egyértelműen megmagyarázza a kritérium jelenlétét (például „gyors progressziót” mutató járászavar és kerekesszékhez kötött állapotba kerülés ortopédiai sérülés miatt nem zárja ki a PK klinikai diagnózisát).
- **Időbeli viszonyok:** A betegség korai szakaszában a progresszió és a kezelésre adott válasz még kérdéses lehet, illetve az is előfordulhat, hogy a betegnél meghúzódó más neurodegeneratív betegségek jellemzői még nem fejlődtek ki. Ráadásul bizonyos tünetek eltérő jelentőséggel bírnak a betegség különböző stádiumában; vannak olyan „atipikus” jellegzetességek melyek nem összeegyeztethetők a korai PK-ral, de viszonylag gyakoriak lehetnek a késői PK-ban. Ezért számos egyedi kritérium tartalmaz egy időtartam-komponenst. Ha egy atipikus jellemző az időablakon belül fordul elő, akkor a kritériumot alkalmazni kell, míg ha az időtartamon kívül esik, akkor már nem.
- **Demencia:** Az MDS-PD kritériumai nem tekintik a demenciát a PK kizáró kritériumának, függetlenül attól, hogy az mikor következik be a parkinsonizmus kezdetéhez képest. Azon demenciában szenvedő betegek esetében, akik már rendelkeznek a Lewy-teszt demencia diagnózisával (a konszenzus kritériumok szerint [15]), a diagnózist opcionálisan „Parkinson-kór (Lewy-teszt demencia altípusa)”-ként lehet minősíteni.
- **Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok:** Jelenleg a PK diagnózisának felállítása általában neurológiai vizsgálattal történik. Az MDS-kritériumokat úgy tervezték, hogy széles körben alkalmazhatóak legyenek kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok nélkül is. Ennek ellenére a bizonytalan esetek tisztázására végezhetünk kiegészítő vizsgálatokat is. Ezen felül a klinikai tudás fejlődésével párhuzamosan a diagnosztikus biokémiai markerek, a neuroimaging és az alfa-szinuklein lerakódás kimutatására szolgáló módszerek is elérhetővé válhatnak. Egy ilyen markereknek a legtöbb vizsgálatban legalább 80%-os vagy annál nagyobb mértékben specifikusnak kell lennie a parkinsonizmus differenciáldiagnózisában (az arany standard klinikai vagy klinikopatológiai diagnózishoz képest), hogy beépítésre kerüljenek a klinikai kritériumokba. Jelenleg

a szaglás elvesztése és a 123I-metaiodobenzilguanidin-SPECT/(CT) felelnek meg ennek a kritériumnak, de a későbbiekben más vizsgálatok is megfelehetnek. *Megjegyzendő, hogy bár a dopaminerg neuroimaging segíthet megkülönböztetni a parkinsonizmust (azaz a nigrostriatalis rendszer degenerációját) a parkinsonizmus nélküli tünetegyüttesektől (például az esszenciális tremortól), azonban nem alkalmas a PK és más parkinsonos állapotok, például az atipikus Parkinson-szindrómák megkülönböztetésére, így ez nem tekinthető a PK-t megerősítő diagnosztikai vizsgálatnak.* [45]

- Zavaró tényezők jelenléte: A „zavaró tényezőkre” vonatkozó figyelmeztetés nem jelenti azt, hogy a parkinsonizmus diagnózisa nem állítható fel, ha potenciális zavaró tényezők (például ízületi gyulladás, gyengeség) fennáll a bradikinézia vizsgálatokor. Ilyen esetekben a vizsgáló megítélése alapján kell eldönteni, hogy a vizsgálat során észlelt eltérés teljes mértékben zavaró tényezőknek tulajdonítható-e vagy inkább a parkinsonizmus okozza. Minden abszolút kizárási kritérium és vörös zászlós tünet esetében azt feltételezzük, hogy a kritérium nem egy másik ok miatt teljesül (például a kisagyféltekei állományvérzésnek tulajdonítható egyoldali kisagyi tünettan vagy a gerincvelő-sérülésnek tulajdonítható kerekesszékekhez kötött állapot nem feltétlenül minősül a PK-t kizáró kritériumnak).

#### Az MDS-PD kritériumrendszer

A rövidített pragmatikus kritériumrendszer táblázatként is elérhető (4. táblázat).

**4. táblázat:** A Mozgászavar Társaság PK (MDS-PD) kritériumrendszere [3].

Alapkritérium: parkinsonizmus, amelyet bradikinézia és legalább 1 tünet az alábbiak közül jellemez: nyugalmi remegés, vagy rigiditás az MDS-UPDRS alapján	
A parkinsonizmus diagnosztizálása után:	
	<p><b>A klinikailag igazolt Parkinson-kór diagnózisához az alábbiak MINDEGYIKE szükséges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abszolút kizáró kritériumok hiánya</li> <li>– Legalább két támogató kritérium, és</li> <li>– Nincsenek vörös zászlós tünetek</li> </ul>
	<p><b>A klinikailag valószínűsíthető Parkinson-kór diagnózisához szükséges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abszolút kizáró kritériumok hiánya</li> <li>– Vörös zászlós tünetek jelenléte, amelyeket támogató kritériumok ellensúlyoznak               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ha 1 vörös zászló van jelen, legalább 1 támogató kritériumnak is kell lennie</li> <li>b. Ha 2 vörös zászló van jelen, legalább 2 támogató kritériumra van szükség</li> <li>c. Ebben a kategóriában 2-nél több vörös zászló tünet nem megengedett.</li> </ol> </li> </ul>
Támogató kritériumok (jelölje be, ha a kritériumok teljesülnek)	
<input type="checkbox"/>	Egyértelmű és drámai javulás a dopaminerg terápiára. A kezdeti stádiumban a kezelés hatására a beteg visszatért a normális vagy közel normális szintű működéshez. A kezdeti válasz egyértelmű dokumentációjának hiányában nagyfokú válasznak minősíthető: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jelentős javulás a dózis növelésével vagy jelentős romlás a dózis csökkentésével párhuzamosan. Azonban egy enyhe fokú változás nem meríti ki ezt a kritériumot. Objektív módon (az UPDRS III-ban a kezelés megváltoztatásával elért &gt;30%-os javulásként definiálva), vagy szubjektíven, egy megbízható beteg vagy gondozó által a markáns változásokról szóló elmondással dokumentálható.</li> <li>– Egyértelmű és markáns ON/OFF-ingadozás, amelynek valamikor előre jelezhető és magába foglalja a dózis végi wearing off jelenségét.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Levodopa által kiváltott diszkinézia jelenléte
<input type="checkbox"/>	Egy végtag nyugalmi remegése, klinikai vizsgálattal dokumentálva (múltban vagy jelenleg).
<input type="checkbox"/>	Szaglászökkenés vagy a MIBG-szcintigráfián észlelt szív szimpatikus denervációja.

Abszolút kizáró kritériumok: A felsorolt jellemzők bármelyikének jelenléte kizárja a PK-t.	
<input type="checkbox"/>	Egyértelmű kisagyi tünettan, mint például cerebelláris járás, végtagi ataxia, vagy kisagyi okulomotoros rendellenességek (például tartós tekintés kiváltotta nisztagmus, makro négyszögletes hullám rángások, hipermetrikus szakkádok).
<input type="checkbox"/>	Lefelé irányuló vertikális szupranukleáris tekintésbénulás, vagy a lefelé irányuló vertikális szakkádok szelektív lassulása.
<input type="checkbox"/>	A betegség első 5 évében a konszenzusos kritériumok szerint meghatározott valószínű viselkedési variáns frontotemporális demencia vagy primer progresszív afázia diagnózisa kimondható.
<input type="checkbox"/>	3 évnél hosszabb ideje kizárólag az alsó végtagokra korlátozódó parkinsonos tünettan
<input type="checkbox"/>	Dopamin-receptor-blokkolóval vagy dopamin-csökkentő szerrel történő kezelés olyan dózisban és időtartamban, amely megfelel a gyógyszer okozta parkinsonizmusnak.
<input type="checkbox"/>	a betegség legalább közepes súlyossága ellenére sem észlelhető klinikai válasz a nagy dózisú levodopa kezelésre
<input type="checkbox"/>	Egyértelmű agykérgi szenzoros hiánytünetek (például grafesztézia, sztereognózis ép elsődleges szenzoros modalitással), egyértelmű végtagi ideomotoros apraxia vagy progresszív afázia.
<input type="checkbox"/>	A preszinaptikus dopaminerg rendszer normális funkciójára utaló idegrendszeri képalkotás
<input type="checkbox"/>	Dokumentáció egy olyan alternatív állapotról, amelyről ismert, hogy parkinsonizmust okoz, és amely valószínűsíthetően összefügg a beteg tüneteivel, vagy a szakértő értékelő orvos a teljes diagnosztikai értékelés alapján úgy véli, hogy egy alternatív szindróma valószínűbb, mint a Parkinson-kór.
Vörös zászlós jelek	
<input type="checkbox"/>	Gyors progressziójú járászavar, amely a kezdettől számított 5 éven belül rendszeres kerekesszék használatot igényel.
<input type="checkbox"/>	A motoros tünetek vagy jelek progressziójának teljes hiánya 5 vagy több év alatt, kivéve, ha a stabilitás a kezeléssel függ össze.
<input type="checkbox"/>	Korai bulbáris diszfunkció: súlyos diszfónia vagy dizartria (az idő nagy részében érthetetlen beszéd) vagy súlyos disfágia (lágú étel, NG-szonda vagy gasztrosztómias táplálás szükséges) az első 5 éven belül.
<input type="checkbox"/>	Belégzési zavar: nappali vagy éjszakai belégzési stridor vagy gyakori belégzési sóhajok.
<input type="checkbox"/>	Súlyos vegetatív elégtelenség a betegség első 5 évében. Ez a következőket foglalhatja magában: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ortosztatikus hipotenzio – a vérnyomás ortosztatikus csökkenése 3 percen belül álló helyzetben legalább 30 Hgmm szisztolés vagy 15 Hgmm diasztolés értékkel, dehidráció, gyógyszeres kezelés vagy más olyan betegség hiányában, amely valószínűsíthetően magyarázná a vegetatív diszfunkciót, vagy</li> <li>– Súlyos vizeletretenció vagy vizeletinkontinencia a betegség első 5 évében (kivéve a tartós vagy kismértékű stressz inkontinenciát nőknél). Férfiak esetében a vizeletretenció nem tudható be prosztatata betegségnek és merevedési zavarral kell társulnia.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Ismétlődő (>1/év) elesés egyensúlyzavar miatt a betegség kezdetétől számított 3 éven belül.
<input type="checkbox"/>	Aránytalan mértékű anterokollisz (disztónikus) vagy a kéz vagy a láb kontraktúrája az első 10 éven belül.
<input type="checkbox"/>	A betegség bármelyik gyakori nem-motoros jellemzőjének hiánya a betegség 5 éves időtartama ellenére. Ezek közé tartozik az alvászavar (átalvási nehezítettség, túlzott nappali álmoság, a REM magatartászavar tünete), autonóm diszfunkció (székrekedés, nappali vizeleti inger, tüneti ortosztázis), hipozmia vagy pszichiátriai problémák (depresszió, szorongás vagy hallucinációk).
<input type="checkbox"/>	Egyéb okkal nem magyarázható piramispálya károsodás tünete, amelyet centrális parézis, piramís jelek vagy egyértelmű patológiás hiperreflexia jellemez (kivéve az enyhe reflex aszimmetriát és az izolált extenzor plantar választ).
<input type="checkbox"/>	Bilaterális szimmetrikus parkinsonizmus. A beteg vagy a gondozó a tünetek kétoldali megjelenéséről számol be, és nincs oldal dominancia, és az objektív vizsgálat során sem figyelhető meg oldal aszimmetria

Kritériumok alkalmazása:	
1. Észlelhető-e a betegnél az MDS-kritériumok szerint meghatározott parkinsonizmus?	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Ha nem, akkor sem valószínűsíthető PK, sem klinikailag igazolt PK nem diagnosztizálható. Ha igen:	
2. Vannak-e abszolút kizáró kritériumok?	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Ha „igen”, akkor sem valószínűsíthető PD, sem klinikailag igazolt PD nem diagnosztizálható. Ha nem:	
3. A vörös zászlók száma:	
4. A jelenlévő támogató kritériumok száma:	
5. Van legalább 2 támogató kritérium, és nincsenek vörös zászlók?	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Ha igen, a beteg megfelel a klinikailag igazolt Parkinson-kór kritériumának. Ha nem:	
6. Több mint 2 vörös zászló van?	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Ha „igen”, akkor a valószínűsíthető PD nem diagnosztizálható. Ha nem:	
7. A vörös zászlók száma megegyezik vagy kevesebb, mint a támogató kritériumok száma?	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Ha igen, a beteg megfelel a valószínűsíthető Parkinson-kór kritériumainak.	

#### Alapkritérium a parkinsonizmus jelenléte

Az MDS-PD kritériumok alkalmazásának előfeltétele a parkinsonizmus diagnózisa, amely három kardinális motoros tüneten alapul. A parkinsonizmus a nyugalmi remegéssel, a rigiditással vagy mindkettővel kombinálva megfigyelhető bradikinézia tünetegyüttesét jelenti. *Megjegyzés: Számos nagyszabású vizsgálat dokumentálja, hogy a PK-ban nem szenvedő idősök akár 25%-ánál enyhe parkinsonizmus fordulhat elő. Az enyhe, nem specifikus parkinsonizmus lehet, hogy nem függ össze az a-szinuklein lerakódásával. A parkinsonizmus-kritériumok célja, hogy megkülönböztessék a klinikai PK által okozott parkinsonizmust ezektől a gyakori enyhe Parkinson-szindrómáktól, valamint hogy létrehozzanak egy küszöbértéket annak megállapítására, hogy egy adott személy esetén mikor fejlődött tovább a betegség a prodromális PK-ból a klinikai PK-ba. Megjegyzendő az is, hogy bár az MDS-UPDRS a PK-t értékeli, de nem definiálja azt (például az MDS-UPDRS bradikinézia-pontszámok nem határolik el konkrétan a lassúság és az amplitúdó csökkenés kombinációját). Ezért az MDS-UPDRS egyetlen feladatát sem szabad a parkinsonizmus meghatározására használni.*

- A **bradikinézia** a lassú mozgáskivitelezés ÉS az amplitúdó VAGY a sebesség progresszív csökkenésének (hipokinézia) a kombinációja. A bradikinéziát az ujj-összeérintéssel (MDS-UPDRS [9] 3.4), kézmozgással (az ujjak nyitásával és zárásával) (3.5), a kéz pronációs-szupinációs mozgatásával (3.6), lábujjak dobolásával (3.7) és lábemelés mozgékonyágával (3.8) értékelhetjük. *Megjegyzés: Az így meghatározott bradikinézia a lassúság és a hipokinézia (progresszíven csökkent mozgás amplitúdó) kombinációja. Mindkettő általában jelen van a vizsgálat során, bár nem mindig egyszerre (azaz a betegek nem tudnak normál sebességgel, normál amplitúdóval mozogni) és azonos mértékben. A PK által okozott parkinsonizmusban a sebesség és/vagy az amplitúdó progresszív csökkenése figyelhető meg a gyors alternáló mozgások kivitelezésekor, ami általában nem figyelhető meg a más betegségek által okozott lassú mozgásmintázatban (például hipotireózishoz társuló lassú mozgásmintázatnál).*
- **Rigiditás.** Az MDS-UPDRS-ben leírtak szerint a rigiditást a főbb ízületek lassú passzív mozgása alapján ítéljük meg [9]. A rigiditás az „ólomcső”, azaz a passzív mozgással szembeni, sebességtől független ellenállás kimutatására utal. A rigiditás alapvetően nem a relaxáció hiányát jelenti (azaz különbözik a spaszticitástól vagy a paratoniától). Bár a fogaskerék-jelenség gyakran jelen van (és tükrözheti a tónus értékelése során véletlenül észlelt remegést), az izolált „fogaskerék-jelenség” „ólomcsöves” merevség nélkül nem felel meg a rigiditás minimum követelményeinek.
- A **nyugalmi remegés** alatt azt a 4-6 Hz-es remegést kell érteni, ami a teljesen nyugalmi állapotban lévő végtagban jelentkezik és a mozgásindítás során gátlódik. A nyugalmi tremor a teljes interjú és vizsgálat során (MDS-UPDRS 3.17, 3.18) értékelendő a nagyság és az állandóság szempontjából [9]. A kinetikus és poszturális tremor önmagában (MDS-UPDRS 3.15 és 3.16) nem felel meg a parkinsonizmus kritériumainak. *Megjegyzés: PK-ban a kéz nyugalmi remegése hosszabb poszturális tartás mellett is megfigyelhető („re-emergent tremor”); a kritériumoknak*

való megfeleléshez azonban a remegést nyugalomban is meg kell figyelni. A társuló tartási vagy kinetikus tremorban szenvedő betegeknél ügyelni kell arra, hogy a végtag a vizsgálat során teljesen elernyed helyzetű legyen. A valódi nyugalmi remegés frekvenciája általában lassabb, mint a társult akciós remegésé.

- Bár a testtartási instabilitás a parkinsonizmus egyik jellemzője, ez nem része a Parkinson-kór által okozott parkinsonizmus MDS-PD alapkritériumainak.

Miután megállapítottuk, hogy a betegnél parkinsonizmus észlelhető, az MDS-PD kritériumokat alkalmazhatjuk annak a megállapítására, hogy a beteg megfelel-e a PK kritériumainak.

#### A klinikailag igazolt Parkinson-kór diagnózisa megköveteli az alábbiakak együttes fennállását:

- Az abszolút kizáró kritériumok hiánya.
- Legalább két támogató kritérium jelenléte.
- Nincsenek vörös zászlós jelek (red flags).

#### A klinikailag valószínűsíthető PK diagnózisa felállítható:

- Abszolút kizáró kritériumok hiánya.
- Támogató kritériumokkal ellensúlyozott vörös zászlók jelenléte, azaz, ha egy vörös zászló van jelen, legalább egy támogató kritériumnak is lennie kell; ha két vörös zászló van jelen, legalább két támogató kritériumra van szükség.
- Ha kettőnél több piros zászlós tünet van jelen, klinikailag valószínűsíthető PK nem állapítható meg.

#### Támogató kritériumok

- 1. Egyértelmű és drámai javulás a dopaminerg terápiára.** E kritérium teljesítéséhez a kezdeti gyógyszeres kezelés során a betegnek vissza kellett térnie a normál vagy közel normál funkció szintjére. *E kritérium teljesítéséhez nem elegendő a dopaminerg terápiára adott kedvező válasz dokumentálása; a válasznak egyértelműnek és nagymértékűnek kell lennie. Ha a kezelésre adott válasz kismértékű, a beteg nem felel meg ennek a kritériumnak.* A kezdeti válasz egyértelmű dokumentációjának hiányában (például kezdeti kezelés alacsonyabb hatású szerekkel vagy nagyon alacsony dózissal) a drámai válasz a következőképpen is megítható:
  - a. Jelentős javulás a dózis növelésével vagy jelentős romlás a dózis csökkentésével párhuzamosan. Egy enyhe mértékű változás azonban nem meríti ki ezt a kritériumot. Objektív módon (az UPDRS III-ban definiálva a kezelés megváltoztatásával elért >30%-os javulást), vagy szubjektíven, egy megbízható beteg vagy gondozó markáns változásokról szóló beszámolójával dokumentálható.
  - b. Egyértelmű és markáns ON/OFF-ingadozás, amely WO tünetet is magába foglal. *Megjegyzés: A dózis végi lecsengés (wearing off, WO) követelménye azt hivatott biztosítani, hogy ezek a változékonyságok valódi dopaminerg ingadozások legyenek (szemben például a napi ingadozással). A WO dokumentálása történhet a beteg elmondása alapján is (retrospektíven).*
- 2. Levodopa által kiváltott diszkinézia jelenléte.**
- 3. Egy végtag nyugalmi remegése,** klinikai vizsgálattal dokumentálva (a múltban vagy a jelenlegi vizsgálaton) *Megjegyzés: Ez a kritérium két okból szerepel:*
  - a. a nyugalmi tremor kevésbé gyakori az alternatív állapotokban, és
  - b. a nyugalmi tremor esetenként kevésbé reagál a terápiára. Ilyen esetekben az 1. számú támogató kritériumot nehezebb lehet teljesíteni tremor-domináns PK-ban.
- 4. Legalább egy olyan kiegészítő diagnosztikai teszt pozitív eredménye, amelynek specificitása 80%-nál nagyobb a PK differenciál-diagnosztikájában, a PK más parkinsonos állapotoktól való megkülönböztetésében.** A jelenleg rendelkezésre álló, e kritériumnak megfelelő tesztek a következők:
  - a. Szaglászvesztés (az anozmikus vagy egyértelműen hipozmikus tartományban, az életkorhoz és a nemhez igazítva).
  - b. Metaiodobenzilguanidin (MIBG)-SPECT/(CT), amely egyértelműen dokumentálja a szív szimpatikus denervációját.

#### Abszolút kizárósi kritériumok

Az alábbi jellemzők bármelyikének jelenléte kizárja a PK klinikai diagnózist:

- 1. Egyértelmű kisagyi rendellenességek,** mint például ataxiás járás, végtagi ataxia, vagy kisagyi okulomotoros rendellenességek (például tartós tekintet-indukált nisztagnus, makro négyszögletes hullám rángások, hipermetrikus szakkádok).

2. Lefelé irányuló vertikális szupranukleáris tekintésbénulás vagy a lefelé irányuló vertikális szakkádok szelektív lassulása.
3. A betegség első 5 évében a konszenzus-kritériumok szerint meghatározott valószínű viselkedési variáns frontotemporális demencia vagy primer progresszív afázia diagnózisa [46].
4. 3 évnél hosszabb ideje az alsó végtagokra korlátozódó parkinsonos jellegzetességek.
5. Dopaminreceptor-blokkolóval vagy dopamincsökkentő szerrel történő kezelés olyan dózisban és időtartamban, amely megfelel a gyógyszer okozta parkinsonizmusnak. E kritériumot klinikai kontextusban kell alkalmazni. Például, ha egy beteg csak alacsony dózisu, „erősen atípusos” neuroleptikumot kapott, az értékelő ezt a kezelést összegegyeztetetlennek tarthatja a gyógyszer okozta parkinsonizmussal. Vagy ha a parkinsonizmus egyértelműen fennáll még sokáig a teljes gyógyszermegvonás után is, a vizsgáló arra a következtetésre juthat, hogy a dopaminblokkoló kezelés maszkolta a szubklinikus PK-t.
6. A betegség legalább közepes súlyossága ellenére sem észlelhető terápiás válasz a nagy dózisu levodopára. Megjegyzés: Ahhoz, hogy a beteg megfeleljen ennek a kritériumnak, megfelelően nagy dózisu levodopát kell kapnia naponta (legalább 600 mg/nap). A kezeletlen vagy 600 mg-nál kevesebb levodopát kapott betegek esetében ez a kritérium nem alkalmazható. A kezelésre adott válasz hiányát a betegnek (vagy megbízható tanúnak) egyértelműen jelentenie kell, vagy ha rendelkezésre állnak szekvenciális vizsgálatok, akkor objektíven is meg kell erősíteni (azaz a legalább 3 pontos javulás hiánya az MDS-UPDRS III. részében [9]). Mivel az enyhe parkinsonizmus és a remegés kevésbé reagálhat egyértelműen a kezelésre, a betegnek legalább közepes súlyosságú parkinsonizmussal is rendelkeznie kell (azaz az MDS-UPDRS pontszáma >2 a rigiditás vagy a bradikinézia egyik mérésén) ahhoz, hogy megfeleljen ennek a kritériumnak [9].
7. Egyértelmű kortikális szenzoros hiánytünet (például grafesztézia, sztereognózia károsodása ép elsődleges szenzoros modalitással), egyértelmű végtagi ideomotoros apraxia vagy progresszív afázia.
8. A preszinaptikus dopaminerg rendszer normális funkcionális idegrendszeri képalkotása *Megjegyzés: Ez a kritérium NEM jelenti azt, hogy a dopaminerg funkcionális képalkotás szükséges a diagnózishoz. Ha nem végeztek ilyen képalkotó vizsgálatot, akkor ez a kritérium nem alkalmazható.*
9. Dokumentáció olyan alternatív állapotról, amelyről ismert, hogy parkinsonizmust okoz, és amely valószínűsíthetően összefügg a beteg tüneteivel, vagy a szakértő értékelő orvos a teljes diagnosztikai értékelés alapján úgy véli, hogy egy alternatív szindróma valószínűbb, mint a PK. Megjegyzés: Ez a kritérium nemcsak a ritka állapotokat foglalja magában, amelyek utánozhatják a PK-t, hanem a gyakoribb alternatív Parkinson-szindrómákat is (MSA, PSP stb.). Kiemelendő, hogy a Lewy-testes demencia az MDS-PD kritériumrendszer szerint nem tekinthető alternatív Parkinson-szindrómának [3].

#### Red flags (vörös zászlós tünetek).

1. Gyors progressziójú járászavar, amely miatt a kezdetétől számított 5 éven belül kerekesszék rendszeres használatát igényli a beteg.
2. A motoros tünetek vagy jelek progressziójának teljes hiánya 5 vagy több év alatt, kivéve, ha a stabilitás a kezeléssel függ össze *Megjegyzés: Ez a kritérium olyan betegekre vonatkozik, akiket esetleg tévesen parkinsonizmussal diagnosztizáltak. Ezt megfigyelés alapján kell meghatározni (azaz a kórtörténeti leírás nem elegendő). A progresszió hiányának legalább 5 éven keresztül folyamatosnak kell lennie.*
3. Korai bulbáris diszfunkció, amely a betegség első 5 évében már súlyos diszfónia, dizartria (a beszéd legtöbbször érthetetlen) vagy súlyos diszfágia (pépesített étel, nazogasztrikus-szonda vagy gasztrosztómás táplálás szükségessége). *Megjegyzés: A súlyossági meghatározások az MDS-UPDRS-ból származnak (azaz legalább 4 pont a dizartria, 3 a diszfágia esetében).*
4. Inspirációs zavar, amely nappali vagy éjszakai inspirációs stridor vagy gyakori inspirációs sóhaj formájában jelentkezik.
5. Súlyos vegetatív elégtelenség a betegség első 5 évében. Ez magában foglalhatja:
  - a. Ortosztatikus hipotenzio: a vérnyomás ortosztatikus csökkenése felállástól számított 3 percen belül legalább 30 Hgmm szisztolés vagy 15 Hgmm diasztolés értékkel, dehidráció, gyógyszeres kezelés vagy más, a vegetatív diszfunkciót valószínűsíthetően magyarázó egyéb betegség hiányában.
  - b. Súlyos vizelet-inkontinencia vagy vizeletretenció a betegség első 5 évében (kivéve nőknél a tartósan fennálló, alacsony volumenű stresszinkontinenciát). Férfiaknál a vizelet-retenciót nem magyarázhatja teljes mértékben prosztatabetegség, illetve merevedési zavarral kell társulnia. *Megjegyzés: Az autonóm diszfunkció a PK gyakori jellemzője; ez a kritérium azonban különösen az MSA-hoz társuló súlyos autonóm diszfunkciót hivatott azonosítani. Ha a betegnek az értékeléskor több mint 5 éve tart a betegsége, ezeknek*

a jellemzőknek az első 5 éven belül kell jelentkezniük (dokumentálva vagy a kórlapok áttekintésével az ortosztatikus hipotenzió esetében, vagy a kórelőzményben a vizelet-inkontinencia esetében a betegség kezdetének egyértelmű időpontjával).

6. Ismétlődő (>1/év) elesések egyensúlyzavar miatt a betegség kezdetétől számított 3 éven belül. *Megjegyzés: Ennél a kritériumnál az eleséseket úgy kell tekinteni, hogy azok az egyensúlyzavarnak tulajdoníthatók, ami azt jelenti, hogy nem tartoznak ide az eszméletvesztésnek (szinkópe, roham) vagy olyan helyzeteknek tulajdonítható elesések, amelyek során a normál egyensúlyérzéssel rendelkező személyek is elesnének (sporttevékenységek, erőszak, jégen elcsúszás stb.). Klinikai megítélés szükséges annak megállapításához, hogy az egyensúlyzavar kulcsszerepet játszott-e az esésben.*
7. Az aránytalan mértékű anterokollisz (disztóniás jellegű) vagy a kéz vagy a láb kontraktúrája az első 10 éven belül.
8. A betegség gyakori nem-motoros tüneteinek teljes hiánya a betegség 5 éves időtartama ellenére. Ezek közé tartoznak:
  - a) Alvászavar: átváltsági nehezítettség, túlzott nappali álomosság, a REM magatartászavar tünetei.
  - b) Autonóm diszfunkció: székrekedés, nappali sürgető vizelési inger (azaz kizárólag a noktúria nem felel meg ezen kritériumnak), tüneti ortosztázis.
  - c) Hipozmia
  - d) Pszichiátriai problémák: depresszió, szorongás vagy hallucinációk *Megjegyzés: Ezt a kritériumot elsősorban a PK-t utánzó nem Parkinson-kórképek (például a dopaminerg deficit, disztóniás tremor, esszenciális tremor bizonyítékait nem mutató személyek) kimutatására tervezték.*
9. Egyéb okkal nem magyarázható piramispálya károsodásra utaló tünettan, amelyet piramisjelek, centrális parézis, vagy egyértelmű patológiás hiperreflexia jellemez (kivéve a jobban érintett végtag enyhe reflex-aszimmetriáját és az izolált extenzor talpreflexet). *Megjegyzés: Az enyhe reflex-aszimmetria nem tekinthető kizáró kritériumnak, mert ez gyakran előfordul PK-ban. Az izolált extenzor talpreflex nem tekinthető kizáró kritériumnak, mert nehéz megkülönböztetni a „striatális lábujjtól” (PK-ban esetenként előforduló lelet), valamint amiatt, hogy nem kapcsolódó patológia (például enyhe nyaki mielopátia) is okozhatja.*
10. Kétoldali szimmetrikus parkinsonizmus a betegség teljes lefolyása alatt. A beteg vagy a gondozó kétoldali tüneti megjelenésről számol be, oldal dominancia nélkül, és az objektív vizsgálat során nem figyelhető meg tüneti aszimmetria.

### **Parkinson-kór differenciál-diagnosztikája**

#### **Ajánlás3**

**A Parkinson-kór klinikai diagnózisának felállítása során alternatív diagnózisok, úgymint egyéb Parkinson-szindrómák és egyéb parkinsonizmust okozó kórképek kizárása szükséges. (A)**

#### *Parkinson Plusz Szindrómák*

Parkinson Plusz Szindrómák alatt alapvetően neurodegeneratív hátterű parkinsonizmussal járó megbetegedések összességét értjük. Jelentőségük abban áll, hogy ezen kórképek általában gyors progressziót mutatnak, levodopa kezelésre csak mérsékelten vagy egyáltalán nem reagálnak és a betegek életkilátásait jelentősen rontják. A multiszisztémás atrófia [47], [48], a progresszív szupranukleáris parézis, a diffúz Lewy-testes demencia és a kortikobazális szindróma differenciáldiagnosztikája nehéz és nagy tapasztalatot igénylő feladat, mert a betegség első éveiben az atípusos tünetek még nem feltétlenül jelennek meg [13].

#### *Lewy-testes demencia (DLB)*

A Lewy-testes demencia (dementia with Lewy bodies, DLB) és a PK demencia (Parkinson's disease dementia, PDD) a Lewy-testes betegségek spektrumába tartozó betegségek (angolszász irodalomban a kettőt együttesen Lewy body dementia (LBD) néven is említik). A DLB 2017-es kritériuma arbitrálisan az egy éves szabályt alkalmazza: eszerint DLB valószínű, ha a kognitív tünetek megelőzik a motoros tünetek kifejlődését vagy azok jelentkezését követő egy éven belül alakulnak ki. A DLB-PK elkülönítés nehézséget okozhat, mivel gyakori, hogy egy beteg mindkét betegség kritériumát kielégíti. Mind a PDD, mind a DLB esetében a neokortexben és a limbikus rendszerben halmozódnak fel alfa-szinuklein tartalmú Lewy-testek, igen gyakran társul Alzheimer patológiával. A PK progressziója során a Lewy-testek terjedése a Braak-féle stádiumoknak felel meg. Húsz évvel a PK kezdetét követően a betegek 83%-ában PDD jelenik meg.



A DLB a második leggyakoribb degeneratív demencia az Alzheimer-demencia után, de jelentősen alul diagnosztizált, mivel klinikailag sokszor Alzheimer-demenciaként azonosítják. DLB-re jellemző a figyelmi, a vizuospatiális és a végrehajtási (exekutív) funkciók domináló zavara, míg a memóriazavar kevésbé markáns. A demencia mint esszenciális feltétel mellett a DLB diagnózisában alap (core) és támogató (szupportív) kritériumokat vezetett be a 2017-es McKeith-féle kritériumrendszer [15]. Beemelte a diagnózisba a biomarkereket, indikatív és szupportív formában.

A DLB biztos (definitív) diagnózisa neuropatológiai. A valószínű (probable) DLB diagnózisához két alapkritérium szükséges, míg a lehetséges (possible) kategóriát egy alapkritérium esetén vagy ennek hiányában indikatív biomarkerek alapján lehet felállítani.

A DLB aktuális kritériumrendszere táblázatként megtekinthető (5. táblázat). Megjegyzendő, hogy az MDS-PD kritériumok alapján a DLB diagnózisa nem zárja ki a PK diagnózisát [3].

**5. táblázat:** A Lewy-testes demencia (DLB) kritériumai [15]

Esszenciális feltétel	Demencia: Progresszív kognitív hanyatlás, mely a mindennapi funkciók károsodását okozza. Kifejezett károsodás a figyelmi, a végrehajtási és a vizuospatiális funkciókban, a memória és megnevezési funkciók relatív megkíméltségével.
Alap (mag) klinikai jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fluktuáció a kognitív funkciókban (különösen a figyelemben és az éberségben).</li> <li>– Visszatérő vizuális hallucinációk (részletes, jól formált).</li> <li>– REM magatartási zavar (akár a kognitív tünetek megjelenése előtt).</li> <li>– Parkinsonizmus</li> </ul>
Szupportív klinikai jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Neuroleptikus érzékenység (kifejezett)</li> <li>– Tartási instabilitás</li> <li>– Ismétlődő esések</li> <li>– Szinkópe (vagy más átmeneti non-reszponzív állapot)</li> <li>– Kifejezett autonóm zavar</li> <li>– Hiperszomnia (EDS)</li> <li>– Hipozmia</li> <li>– Nem vizuális hallucinációk</li> <li>– Szisztémás delúziók</li> <li>– Apátia, anxietas, depresszió</li> </ul>
Indikatív biomarkerek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A bazális ganglionok csökkent dopamin transzporter felvétele (DATSCAN).</li> <li>– Csökkent aktivitás miokardium MIBG SPECT/(CT)-mérés során REM alvás atónia nélkül, poliszomnográfiaival igazolva.</li> </ul>
Szupportív biomarkerek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A mediális temporális területek relatív épsége CT/MRI vizsgálattal.</li> <li>– Funkcionális képalkotókkal: csökkent okcipitális aktivitás PET vizsgálattal; a hátsó/középső cinguláris aktivitás relatív épsége (cingulate island sign).</li> <li>– Prominens posterior lassú hullám EEG aktivitás periodikus pre-alfa/théta fluktuációkkal.</li> </ul>
Nem támogató jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cerebrovaszkuláris betegség.</li> <li>– parkinsonizmus az egyedüli alap (mag) klinikai jellemző és az a demencia előrehaladott szakaszában jelenik meg.</li> </ul>
Időbeli összefüggések	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A demencia és a mozgászavar egy éven belül jelentkeznek; a mozgászavar kezdete után több, mint egy évvel kezdődő demencia Parkinson-kórhoz társuló demencia (PDD).</li> </ul>
Valószínű (probable) DLB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Két vagy több alap (mag) klinikai jellemző.</li> <li>VAGY</li> <li>– Egy alap (mag) klinikai jellemző ÉS egy vagy több indikatív biomarker.</li> </ul>
Lehetséges (possible) DLB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Egy alap (mag) klinikai jellemző indikatív biomarker nélkül.</li> <li>VAGY</li> <li>– Egy vagy több indikatív biomarker, alap (mag) klinikai jellemző nélkül.</li> </ul>
Definitív DLB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lewy-testek, Lewy-neuritek neuropatológiai vizsgálattal igazolva, a társuló Alzheimer-típusú patológiától függően neokortikális vagy limbikus kiterjedéssel.</li> </ul>

### Progresszív szupranukleáris parézis (PSP) és rokon szindrómák

A PSP-t 1963-ban írta le Richardson, majd patológiáját Olszewski és Steele (Steele-Richardson-Olszewski szindróma). Az eredeti leírás a tartási instabilitást, a tekintésbénulást, az enyhe demenciát, az axiális rigiditást és a bulbáris parézist hangsúlyozta, azonban nyilvánvalóvá vált, hogy a betegség több variánsra, altípusra osztható, melyekben a fentiek változó kombinációja mellett más tünetek is megjelenhetnek. Emellett a betegség jelentős átfedéseket mutat a kortikobazális degenerációval/szindrómával és a frontotemporális demenciákkal.

A PSP sporadikus betegség, a taupátiák közé tartozik (a tau fehérje hiperfoszforilációja, a tau másodlagos szerkezetének megváltozása miatt proteáz-rezisztens formában aggregálódik, jellegzetes asztrocita zárványtesteket (ún. „bolyhos” [tufted] astrocyta) alkot, melyek jelenléte a betegség neuropatológiai diagnózisának feltétele).

Prevalenciája 5-7/100 000 körüli, a Parkinson-szindrómák második-harmadik leggyakoribb degeneratív oka. A betegség leggyakrabban 60–65 éves kor között kezdődik, 40 éves életkor alatt kezdődő forma nem ismert az irodalomban. A betegség lassan progrediál, az átlagos kórlefolyás 9 év.

A jellegzetes neuropatológiai elváltozások tünettaniilag heterogén betegségcsoportot eredményeznek. A PSP diagnózisát nehezíti, hogy a korai szakaszban a jellegzetes tünetek gyakran hiányoznak. A patológiailag igazolt eseteknek csak kevesebb, mint felében PSP az első diagnózis, illetve a terminális szakaszban is hibás a klinikai diagnózisok 20%-a.

A PSP klinikai fenotípusai a kezdeti jellegzetes tünetek alapján:

- PSP „klasszikus” tünetekkel (Richardson-szindróma, PSP-RS);
- PSP-szemmozgászavar (PSP-OM);
- PSP-poszturális instabilitás (PSP-PI);
- PSP-parkinsonizmus (PSP-P);
- PSP prefrontális tünetekkel (PSP-F);
- PSP progresszív járászavarral, „freezing”-gel (PSP-PGF);
- PSP kortikobazális szindrómával (PSP-CBS);
- PSP primer laterálszklerózis (PSP-PLS);
- PSP cerebelláris ataxiával (PSP-C);
- PSP beszédzavarral/afáziával (speech/language disorder) (PSP-SL).

### Richardson-szindróma (PSP-RS)

A PSP variánsok körülbelül felét képezi. Ebben a formában a leggyakoribb bevezető tünet a tántorgó, bizonytalan járás (melyet az angol irodalomban „részeg tengerész” vagy „táncoló medve” hasonlattal jellemeznek) mellett az eszméletvesztéssel nem járó, más okkal nem magyarázható, elsősorban és jellegzetesen hátrafelé esés. A prefrontális kéreg korai károsodása miatt magatartás- illetve személyiségváltozás, a gondolkodás meglassultsága már a korai szakaszban jelentkezik. Jellegzetes az axiális izmok szimmetrikus rigora, míg a végtagizmokban – főleg kezdeti szakaszban – ez nem mindig észlelhető. A nyakizmok disztóniája retrokolliszként jelenik meg (multiszisztémás atrófiában az anterokollisz gyakori). A szemtünetek már a korai szakaszban is segíthetnek a betegség felismerésében. Fotofóbia, homályos látás, akkomodációs gyengeség mellett a szemhéj görcsös záródása (blefarospasmus) illetve előrehaladottabb szakaszban elsősorban inkább szemnyitási apraxia. A jellegzetes vertikális tekintésbénulás (a lefelé tekintés zavara) a korai szakaszban gyakran hiányzik, csak néhány éves kórlefolyás után jelenik meg. A betegség korai szakaszában a szakkadikus szemmozgás zavarai miatt a vertikális szakkádok durvák, emiatt jellegzetes lehet a vezetett szemmozgások során megfigyelhető akadozó, nem folyamatos vertikális szemmozgás. Mivel a betegek lefelé tekintése károsodott, gyakran észlelhető, hogy nem veszik észre a mellkasukra esett ételmaradékot (angolszász irodalomban „piszkos nyakkendő” néven említik). A középvonali szemkörüli mimikai izmok (a m. frontalis, corrugator és procerus) disztóniája miatt a szemek mereven, tágra nyitottak, jellegzetes arckifejezést (staring eyes, „csodálkozás”) adva a betegnek. Jellegzetes a szintén kezdeti szakaszban megjelenő dizartria, diszfágia is. A betegség átlagos lefolyása 5–8 év.

### PSP-parkinsonizmus (PSP-P)

Az összes PSP körülbelül harmada. Lassúbb progressziójú betegség, átlagosan 8–11 évig tart. Kezdeti szakaszában nehézséget okozhat a Parkinson-kórtól való elkülönítése. A PSP-P betegekben bevezető tünet a bradikinézia és a végtagok rigora, mely aszimmetrikus is lehet. Előfordulhat tremor, mely akár nyugalmi jellegű, típusos 4-6 Hz-es tremor is lehet. Nehezíti a Parkinson-kórtól való elkülönítést, hogy levodopára a mozgásteljesítmény gyakran javul, bár annak mértéke sohasem olyan drámai mértékű és időtartamú, mint Parkinson-kórban. Tekintészavar és tartási instabilitás, elesések a betegség első harmadában nem fordulnak elő, bár 4–6 éves kórlefolyás után gyakran jelenik meg a PSP-P betegekben a típusos, klasszikus PSP-RS klinikai tünetcsoportja. A klinikai diagnózis ritkán végig Parkinson-kór lehet, csak a szövettani vizsgálat igazolja a PSP-t. Ezekben a betegekben a levodopa hatása is tartós maradhat.

PSP-progressive gait freezing (PSP-PGF)

Ebben az altípusban a progresszív járászavart start hezitáció kíséri, illetve a járás folyamata hirtelen megakad (freezing). A freezing más mozgássorokban, így például beszédben is előfordulhat. Az egyéb PSP tünetek csak a betegség későbbi szakaszában (5 éves lefolyás után) jelennek meg, vagy ki sem fejlődnek. A PSP-PGF ritka, a PSP betegek körülbelül 1-2%-a. Lassú progressziójú, átlag 11 évig tart.

PSP-kortikobazális szindróma (PSP-CBS)

Jellegzetes a progresszív, aszimmetrikus tünettán, mely mind a kéreg, mind a bazális ganglionok károsodására utal. Ilyen az apraxia, a kortikális érzésvavar az egyik testfélen, az idegen kéz (alien hand) tünet, illetve disztónia, bradikinézia, rigor. A levodopa-pótlás a mozgászavart nem javítja. A PSP-CBS szintén ritka, az összes PSP 2-3%-a lehet.

PSP-SL

A PSP ritka formái. Nem fluens afáziával (PSP-nfvPA) és a progresszív beszéd-apraxiával (apraxia of the speech, PSP-AOS) formák tartoznak ide. Az agrammatizmus is jellegzetes. A frontotemporális demenciától való elkülönítés nehéz, gyakori az átfedő fenotípus a PSP-FTD-CBS klinikai szindrómák között.

PSP diagnosztikai kritériumai és kezelése

A Mozgászavart Társaság PSP kritériumai [16] a klinikai tünetekre helyezik a hangsúlyt, mint a szemmozgászavar, a tartási instabilitás, a (hipo)akinézia és a kognitív doméneknben észlelt eltérések. A laboratóriumi, genetikai és képalkotó vizsgálatok a differenciál-diagnosztikában segítenek, illetve szupportív jellemzőket igazolhatnak (mezenkefalon atrófiája MRI-n, agyi perfúziós SPECT és 18F-FDG PET méréssel frontális, striatalis, cerebellaris perfúziós/metabolikus eltérések, posztzinaptikus striatális dopaminerg degeneráció mintázata).

A PSP kezelése igen nehéz, csak tüneteinek enyhítésére lehet törekedni. A parkinsonizmus kezelésére levodopa kipróbálható, bár mérsékelt és pár hónapig tartó hatás csak a betegek kisebb részében (körülbelül 30%-a) tapasztalható. PSP-P-ben a levodopa hatása jelentősebb lehet és hosszabb ideig is tarthat. Dopamin receptor agonistákat nem célszerű használni, mivel hatásuk elmarad a levodopához képest, mellékhatásaik azonban kifejezettebbek. Néhány esetleírás alapján a GABA-agonista zolpidem kedvező hatása feltételezhető. A disztóniás tünetek (retrokoliz és blefarospasmus) illetve a szemnyitási apraxia kezelésére jól használható a botulinum toxin.

A PSP szindrómák aktuális kritériumrendszere táblázatként megtekinthető (6. táblázat).

**6. táblázat:** A progresszív szupranukleáris parézis (PSP) diagnosztikai kritériumai [16]

Kötelező alapkritériumok		B1. Sporadikus betegség B2. Az első tünetek jelentkezésekor 40 vagy afeletti életkor B3. A tünetek progresszív romlása
Kötelező kizáró kritériumok	Klinikai jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható epizódikus memóriazavar (Alzheimer-kór kizárására)</li> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható autonóm zavar (multiszisztémás atrófia és Lewy-patológia kizárására)</li> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható vizuális hallucinációk és fluktuáció (Lewy-testes demencia kizárására)</li> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható, több szegmentumot érintő felső és alsó motoneuron tünetek (motoneuron-betegség kizárására) DE: izolált felső motoneuron tünetek nem kizáróak!</li> <li>– Hirtelen kezdet vagy lépcsőzetes lefolyás vagy gyors progresszió</li> <li>– Enkefalitisz az anamnézisben</li> <li>– Domináns végtagi ataxia</li> <li>– Tartási instabilitás azonosítható oka (érvészavar, vesztibuláris zavar, súlyos spaszticitás, alsó motoneuron tünetek)</li> </ul>
	Képalkotó vizsgálattal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kifejezett leukoencefalopátia</li> <li>– Releváns agyi szerkezeti károsodás</li> </ul>

Kizáró kritériumok, klinikai összefüggésben	Képkeltő vizsgálatok	Atípusos lefolyású formákban szerkezeti patológia kizárására (például Stroke, CADASIL), illetve prionbetegségekre jellemző jelzavar kizárására
	Laboratóriumi vizsgálatok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSP-CBS esetében Alzheimer-kór kizárása liquor amiloid/tau, amiloid PET segítségével.</li> <li>- 45 év alatti betegek esetében: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Wilson-kór (alacsony szérum cöruoplazmin és réz, fokozott 24 órás vizelet rézürítés, Kayser-Fleischer gyűrű)</li> <li>b) Niemann-Pick C betegség (plazma oxysterol, filipin teszt)</li> <li>c) Hypoparathyreosis</li> <li>d) Neuroanthocytosis</li> <li>e) Neurosyphilis</li> </ul> </li> <li>- Gyors progressziójú betegségben kizárható: <ul style="list-style-type: none"> <li>f) Prionbetegség</li> <li>g) Paraneopláziás encefalitisz</li> </ul> </li> <li>- Whipple-kór</li> </ul>
	Genetikai vizsgálatok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A MAPT ritka variánsai (mutációi) nem kizáró kritérium, de jelenlétük meghatározza az öröklődő, nem pedig a sporadikus PSP-t.</li> <li>- A MAPT H2 haplotípus homozigotitása nem kizáró kritérium, de valószínűtlenné teszi a diagnózist.</li> <li>- LRRK2 és Parkin ritka variánsokat figyeltek meg boncolással igazolt PSP-ben szenvedő betegeknél, de ok-okozati összefüggésük egyelőre nem világos.</li> <li>- Más gének ismert ritka variánsai kizáró kritériumot jelentenek, mivel klinikailag a PSP egyes aspektusait utánozhatják, de neuropatológiailag eltérhetnek; ezek közé tartoznak a következők</li> <li>- Nem-MAPT-hez társuló frontotemporális demencia (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenció endoscopia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenció endoscopos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is megvannak. A csak hagyományos endoscopykat végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopos szakembereit képz, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenció számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbeteg ágyunk létszám mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenció endoscopia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenció endoscopos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is</li> </ul>

		<p>megvannak. A csak hagyományos endoscopykat végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopyos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopyos szakembereit képz, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenciós számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbetegágyunk létszáma mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenciós endoscopyia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenciós endoscopyos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is megvannak. A csak hagyományos endoscopykat végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopyos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopyos szakembereit képz, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenciós számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbetegágyunk létszám mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenciós endoscopyia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenciós endoscopyos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is megvannak. A csak hagyományos endoscopykat végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopyos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopyos szakembereit képz, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenciós számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbetegágyunk létszám mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (például Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség.</li> <li>- Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</li> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség. Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</li> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség. Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</li> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség. C9orf72, GRN, FUS, TARDBP, VCP, CHMP2B). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór (például SYNJ1, GBA)</li> <li>- AD (APP, PSEN1, PSEN2)</li> <li>- Niemann-Pick betegség, C típus (NPC1, NPC2)</li> <li>- Kufor-Rakeb-szindróma (ATP13A2)</li> <li>- Perry-szindróma (DCTN1)</li> <li>- Mitokondriális betegségek (POLG, ritka mitokondriális variánsok)</li> <li>- Dentatorubrális pallidolulioszi atrofia (ATN1)</li> <li>- Prion betegségek (PRNP)</li> </ul> </li> </ul>		
<b>KLINIKAI MAG TULAJDONSÁGOK:</b>				
Valószínűségi szint	Szemmozgászavarú (O)	Tartási instabilitás (P)	Akinézia (A)	Kognitív zavar (C)
1. szint	Vertikális szupranukleáris tekintésbénulás	A tünetkezdet utáni 3 éven belül ismételt, nem provokált elesések	A tünetkezdet utáni 3 éven belül progresszív „gait freezing”	Non-fluens/agrammatikus primer progresszív afázia vagy progresszív beszéd apraxia
2. szint	Vertikális szakkádsebesség csökkenés	Retropulziós teszt pozitív 3 éven belül a tünetek kezdete után	Dominánsan axiális, levodopa rezisztens akinetikus-rigid parkinsonizmus	Frontális kognitív/magatartási zavar kezdeti tünetként
3. szint	gyakori „macro square wave jerks” vagy szemnyitási apraxia	Retropulziós tesztben kettőnél több lépésben kompenzál tünetkezdehez képest 3 éven belül	Tremor domináns vagy aszimmetrikus vagy levodopa-reszponzív parkinsonizmus	kortikobazális szindróma

SZUPPORTÍV TULAJDONSÁGOK:		
Klinikai jellemzők (clinical clues)		Képkalkotó eltérések (Imaging findings)
CC1: levodopa-rezisztencia; CC2: hipokinetikus, spasztikus dizartria; CC3: diszfágia		IF1: Középgyagi atrófia vagy hipometabolizmus; IF2: Posztszinaptikus striatális dopaminerg degeneráció.
PSP DIAGNOSZTIKAI BIZONYOSSÁGI SZINTEK, ALTÍPUSOK (VALÓSZÍNŰ, LEHETSÉGES, SZUGGESZTÍV ESETÉBEN B1+B2+B3 MELLETT):		
Diagnózis bizonyossága	Feltétel	Fenotípus
Definitív PSP	Neuropatológiai diagnózis	Bármely klinikai szindróma
Valószínű (probable) PSP	(O1 vagy O2) ÉS (P1 vagy P2)	PSP-Richardson-szindróma
	(O1 vagy O2) ÉS A1	PSP-progresszív „gait freezing”
	(O1 vagy O2) ÉS (A2 vagy A3)	PSP-parkinsonizmus
	(O1 vagy O2) ÉS C2	PSP-frontális
Lehetséges (possible) PSP	O1	PSP-szemmozgászavar
	O2 ÉS P3	PSP-Richardson-szindróma
	A1	PSP-progresszív „gait freezing”
	(O1 vagy O2) ÉS C1	PSP-beszéd/nyelvi zavar
	(O1 vagy O2) ÉS C3	PSP-CBS
Gyanított (suggestive) PSP	O2 vagy O3	PSP-szemmozgászavar
	P1 vagy P2	PSP-poszturális instabilitás
	O3 ÉS (P2 vagy P3)	PSP-Richardson-szindróma
	A2 vagy A3) ÉS (O3, P1-2, C1-2, CC1-4 egyike)	PSP-parkinsonizmus
	C1	PSP-beszéd/nyelvi zavar
	C2 ÉS (O2 vagy P3)	PSP-frontális
	C3	PSP-CBS

#### Kortikobazális szindróma (CBS)

A kortikobazális degenerációt (CBD) először 1968-ban Rebeiz és munkatársai írták le „corticodentatonigralis degeneratio neuronalis achromasiával” néven. A kétezres évek elején került bevezetésre a kortikobazális szindróma (CBS) elnevezés, mivel kiderült, hogy a CBD mellett Alzheimer-kór vagy FTD spektrumba tartozó betegség is igazolható neuropatológiai vizsgálattal.

A betegség gyakran akinetikus-rigid szindrómaként jelentkezik, így a betegek első vizsgálata során a Parkinson-kórtól nehezen különíthető el, különösen az aszimmetrikus tünetek miatt.

A mozgászavar jellemző tünetei fél oldalon kezdődnek és mindvégig aszimmetrikusak maradnak, lassan progrediálnak. A klinikai tünetek az agykéreg és a bazális ganglionok működészavarára utalnak. Az agykéreg károsodását kortikális típusú érzészavar, apraxia (orofaciális vagy végtagi), „idegen kéz”-jelenség, liberációs jelek és demencia jelzik. A hipo-, illetve az akinézia, a végtagi disztónia, a rigor és a tartási instabilitás a bazális ganglionok érintettségét mutatják. A fentiek mellett jelentkezhet akciós tremor, szemmozgászavar, dizartria, diszfágia és mioklonus, illetve találkozhatunk fokozott reflexekkel és piramis jelekkel is. A kéz ügyetlensége, mint gyakori kezdeti panasz, részben a rigor és hipokinézia, részben a disztónia és az apraxia együttes következménye lehet. CBS-ben a levodopa adása során a kezdeti, átmeneti javulás után a dózis emelése további javulást nem eredményez. A kezelés elhagyása a tüneteket nem, vagy alig rontja, így ez segíthet a Parkinson-kórtól történő elkülönítésben.

A klinikum és a patológia is jelentős átfedést mutathat PSP-vel és az FTD spektrumba tartozó betegségekkel, amit a CBD 2013-as kritériumai is tükröznek: a CBS fenotípusa (valószínű és lehetséges diagnosztikai biztonsággal) mellett az FTD-vel átfedést mutató frontális magatartási-vizuospaciális szindrómát és primer progresszív afázia non-fluens/agrammatikus variánsát is meghatározzák, illetve a PSP-vel átfedést mutató CBS-PSP altípust is bevezették.

Koponya-MRI-vizsgálattal, a klinikai tünetekkel ellentétes oldali félteke aszimmetrikus hátsó frontális-parietális atrófiája gyakori, hasonló mintázattal PET és SPECT vizsgálatokon hipometabolizmussal, illetve hipoperfúzióval. A tau gén mutációja a valószínű diagnosztikai kategóriában kizáró.

A CBS szindrómák aktuális kritériumrendszere táblázatként megtekinthető (7. táblázat).

**7. táblázat:** A kortikobazális szindróma (CBS) diagnosztikai kritériumai [17]

Diagnózis bizonyossága	Feltétel
I: Valószínű (probable) kortikobazális szindróma (1 ÉS 2)	1. Legalább kettő az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aszimmetrikus végtagi rigor vagy akinézia</li> <li>- Aszimmetrikus végtagi disztónia</li> <li>- Aszimmetrikus végtagi mioklonus</li> </ul> 2. Legalább kettő az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orofaciális vagy végtagi apraxia</li> <li>- Kortikális érzészavar <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idegen kéz szindróma</li> </ul> </li> </ul>
II: Lehetséges (Possible) kortikobazális szindróma (1 ÉS 2):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legalább egy I/1 közül, akár szimmetrikusan</li> <li>- Legalább egy I/2 közül</li> </ul>
III: Frontális magatartási-vizuospaciális szindróma	Legalább egy az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- végrehajtási funkciók zavara</li> <li>- magatartási zavar vagy személyiségváltozás</li> <li>- vizuospaciális zavar</li> </ul>
IV: Primer progresszív afázia non-fluens/agrammatikus variánsa	Nehezített, agrammatikus beszéd ÉS legalább egy az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- károsodott mondatértés/agrammatizmus viszonylag megtartott megértéssel szavak szintjén</li> <li>- beszéd apraxia</li> </ul>
V: Progresszív szupranukleáris bénulás szindróma (CBS-PSP)	Legalább három az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Axiális vagy szimmetrikus végtagi rigor vagy akinézia</li> <li>- Tartási instabilitás vagy elesések</li> <li>- Vizelettartási zavar</li> <li>- Magatartászavar</li> <li>- Szupranukleáris tekintésbénulás vagy lassabb vertikális szakkádok</li> </ul>

Multiszisztémás atrófia (MSA)

Az MSA sporadikus, leggyakrabban 55–60 éves kor között kezdődő, átlagosan 7-9 évig tartó progresszív degeneratív betegség. Prevalenciája 5/100 000, bár valószínűleg ennél gyakoribb. Az MSA nevet Graham és Oppenheimer vezette be 1969-ben a kiterjedt, részben átfedő, neuronális atrófiával bíró betegségekre, melyeket korábban olivopontocerebelláris atrófia, striátonigrális degeneráció és Shy-Drager szindróma néven említettek. Annak ellenére, hogy az elnevezést bevallottan átmenetinek szánták, alapvetően változtatta meg a felfogást Papp Mátyás felismerése, aki munkatársaival (elsősorban Peter L. Lantossal) 1989-ben írta le a gliális citoplazmatikus inklúzióknak nevezett zárványokat (GCI) Gallyas Ferenc ezüst-impregnációs festését használva. A GCI zárványtesteket ma már Papp-Lantos inklúziók néven is említik.

Az MSA négy doménjét az autonóm, parkinsonos, cerebelláris és kortikospinális tünetek képezik, azok változó mértékben társulnak egymással. A tünetek megoszlása alapján megkülönböztetünk elsősorban parkinsonos tünetekkel járó MSA-P és főként cerebelláris tünetekkel bíró MSA-C altípust. Az autonóm tünetek elsődlegesek mindkét altípus esetében. Európában az MSA-P aránya 68, az MSA-C 32% körüli (Japánban az MSA-C gyakoribb).



Az MSA klinikai diagnosztikai kritériumait 1998-ban fogalmazták meg, majd 2008-ban modernizálták; ezek a Gilman-féle kritériumok [18]. A diagnosztikai biztonság szerint a definitív MSA neuropatológiai diagnózis, ahhoz a specifikus zárványtesteknek, a Papp-Lantos inklúzióknak a kimutatása szükséges. A zárványtestekben az alfa-szinuklein mutatható ki.

A valószínű (probable) MSA esetében az autonóm tüneteknek (vizelet-inkontinencia vagy legalább 30/15 Hgmm ortosztázis) jelen kell lenni, ezekhez kell társulnia parkinsonizmusnak (MSA-P) vagy cerebelláris tünetnek (MSA-C). Lehetséges (possible) MSA esetén az autonóm tünetek kevésbé kifejezettek, a társuló tünetek a valószínű MSA-nál felsoroltakkal azonosak.

A diagnosztikai kritériumokat több olyan tünet is támogatja, amelyek esetében az MSA gyanúja felmerül (úgynevezett „red flags” tünetek). Ilyenek a fej-nyak régió, illetve az axiális izmok disztóniája (MSA-ban az anterokollisz jellegzetes), a diszfónia-dizartria, illetve néhány egyéb autonóm tünet vagy panasz. Ismertek olyan tulajdonságok is, melyek a diagnózist nem támogatják (de nem is zárják azt ki). Ilyen például az öröklődő betegségforma, mivel MSA-ban az öröklődés extrém ritka, csak az utóbbi pár évben írtak le néhány familiárisan halmozódó esetet. Hasonlóan csökkenti a diagnózis valószínűségét a 75 évnél idősebb korban kezdődő betegség vagy a korai szakaszban társuló demencia megjelenése is. REM magatartászavar MSA-ban is előfordul, de hasonló gyakorisággal jelenik meg más szinukleinopátiákban is, így a diagnosztikában nem nyújt segítséget a Parkinson-kórtól való elkülönítésben.

Az MSA diagnózisa elsősorban a klinikai tüneteken alapszik. Az eszközös vizsgálatok segíthetnek a betegségre jellegzetes atrófiás vagy T2 súlyozott képeken fokozott MRI jelintenzitást mutató agyterületek (putámen, híd, pedunculus cerebellaris medius, cerebellum) vagy azok csökkent anyagcseréjének (PET), illetve preszinaptikus dopamin transzmisszió károsodásának (PET és SPECT) kimutatásával. Urodinamiás és autonóm neuropátiás vizsgálatok igazolhatják az enyhe autonóm tüneteket is. A <sup>123</sup>I-MIBG-SPECT/(CT) mérés hasznos segítség a Parkinson-kórtól való elkülönítésben, mivel MSA-ban a posztganglionáris epikardiális rostok megtartottak, míg Parkinson-kórban már károsodtak.

Az elkülönítés a Parkinson-kórtól több szempont miatt is fontos. Az MSA a Parkinson-kórhoz képest gyorsabb progressziójú, „malignusabb” betegség, a beteg a kritikus pontokat (nyelészavar, katéter szükségessége, tolszékhez kötött állapot, ápolóotthoni elhelyezés) hamarabb éri el miközben a várható élettartam is rövidebb. A Parkinson-kór kezelésében használatos gyógyszerek mérsékelt hatásúak, illetve kezdeti enyhe kedvező hatékonyságuk is megszűnhet a betegség progressziójával párhuzamosan.

Az MSA szindrómák aktuális kritériumrendszere táblázatként megtekinthető (8. táblázat).

**8. táblázat:** A multisisztémás atrófia (MSA) kritériumai [18]

Diagnózis bizonyossága	Feltétel
Definitív MSA	Neuropatológiai diagnózis; Papp-Lantos inklúziók kimutatása
Valószínű (Probable) MSA	Sporadikus, progresszív, felnőttkori (30 évnél idősebb korban jelentkező) betegség Autonóm tünet – Vizelet inkontinencia, VAGY – Férfiakban erektilis diszfunkció VAGY – Ortosztatikus hipotenzio (minimum 30 Hgmm szisztolés vagy 15 Hgmm diasztolés vérnyomásesés állva 3 percen belül) ÉS – Levodopára nem reagáló parkinsonizmus (bradikinézia, rigor, tremor vagy tartási instabilitás) VAGY – Cerebelláris tünetek (járási ataxia, cerebelláris dizartria, végtagataxia vagy cerebelláris eredetű szemmozgászavar)

<b>Diagnózis bizonyossága</b>	<b>Feltétel</b>
Lehetséges (Possible) MSA	<p>Sporadikus, progresszív, felnőttkori (30 évnél idősebb korban jelentkező) betegség</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinsonizmus (bradikinézia, rigor, tremor vagy tartási instabilitás)</li> </ul> <p>VAGY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerebelláris tünetek (járási ataxia, cerebelláris dizartria, végtagataxia vagy cerebelláris eredetű szemmozgászavar)</li> </ul> <p>ÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legalább egy autonóm panasz <ul style="list-style-type: none"> <li>- (más okkal nem magyarázható) sürgető vagy gyakori vizeletelési inger,</li> <li>- nem teljes hólyagürülés,</li> <li>- erektilis diszfunkció, vagy</li> <li>- a valószínű MSA kritériumoknál felsorolt mértéket el nem érő ortosztázis)</li> </ul> </li> </ul> <p>ÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legalább egy járulékos tünet az alábbiak közül: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lehetséges (Possible) MSA-P vagy MSA-C <ul style="list-style-type: none"> <li>- Babinski-jel fokozott reflexekkel</li> <li>- Stridor</li> </ul> </li> <li>- Lehetséges (Possible) MSA-P <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gyorsan progrediáló parkinsonizmus</li> <li>- Levodopára adott elégtelen válasz</li> <li>- A motoros tünetek kezdete utáni 3 éven belül kialakuló tartási instabilitás</li> <li>- Járási ataxia, cerebelláris dizartria, végtagataxia vagy cerebelláris eredetű szemmozgászavar</li> <li>- A motoros tünetek kezdete utáni 5 éven belül kialakuló diszfágia</li> <li>- MRI-n a putámen, a pedunculus cerebellaris medius, a pons vagy a cerebellum atrófiája</li> <li>- A putámen, az agytörzs vagy a cerebellum hipometabolizmusa FDG-PET vizsgálattal</li> </ul> </li> <li>- Lehetséges (Possible) MSA-C <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinsonizmus (bradikinézia és rigor)</li> <li>- MRI-n a putámen, a pedunculus cerebellaris medius vagy a pons atrófiája</li> <li>- A putámen hipometabolizmusa FDG-PET vizsgálattal</li> <li>- Preszinaptikus nigrostriális dopaminerg denerváció jelei SPECT vagy PET vizsgálattal</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Az MSA diagnózisát támogató tulajdonságok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orofaciális disztónia,</li> <li>- Anterokollisz,</li> <li>- Camptocormia (a gerinc anteflexiója álló helyzetben) vagy Pisa-szindróma (a gerinc laterális flexiója),</li> <li>- Kifejezett diszfónia, dizartria,</li> <li>- Újonnan megjelenő vagy fokozódó horkolás,</li> <li>- Húvös kezek és lábak,</li> <li>- Kényszernevetés vagy kényszersírás,</li> <li>- Mioklónusszerű poszturális/akciós tremor.</li> </ul> <p>Az MSA diagnózisát nem támogató tulajdonságok</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klasszikus pilulasodró tremor,</li> <li>- Klinikailag szignifikáns polineuropátia,</li> <li>- Nem gyógyszer-indukálta hallucinációk,</li> <li>- 75 éves életkor feletti kezdet,</li> <li>- Családban előforduló ataxia vagy parkinsonizmus,</li> <li>- DSM-IV kritériumoknak megfelelő demencia,</li> <li>- Sclerosis multiplexre utaló fehérállományi léziók.</li> </ul>

*Másodlagos parkinsonizmus***Ajánlás4****Parkinsonizmus észlelésekor a beteg által szedett gyógyszerek listáját át kell tekinteni parkinsonizmust potenciálisan kiváltó gyógyszerek irányában. (A)**

Másodlagos parkinsonizmus alatt alapvetően egy nem neurodegeneratív betegségcsoportot értünk. Többek között ismétlődő koponyatrauma (például bokszolás), hidrokefalusz, encefalitisz, bizonyos agyi területek vaszkuláris károsodása, egyes agyi daganatok és antipszichotikus (dopamin receptor blokkoló) gyógyszerek alkalmazása okozhatnak Parkinsonszerű tüneteket [49], [50]. Kevésbé ismert tény, hogy nemcsak az antipszichotikus gyógyszerek képesek az úgynevezett gyógyszerindukált parkinsonizmus kiváltására [51], hanem a vér-agy gáton átjutni képes antiemetikumok (metoclopramide, prochlorperazine), régebbi antihisztaminok (chloropyramine-diphenhydramine), a migrén profilaktikumok egy része (flunarizine) [52], illetve az antianginás trimetazidine [53-55] is. A leggyakoribb gyógyszerindukált parkinsonizmust kiváltó készítmények listáját a 9. táblázatban ismertetjük [56].

**9. táblázat:** Gyógyszerindukált parkinsonizmust okozó gyógyszerek [56]

Potenciál	Hatóanyagcsoport	Hatóanyag
Nagy	Dopamin D2 receptor blokkolók	Típusos antipszichotikumok Atípusos antipszichotikumok (nagyobb dózisban)
	Dopamin depletáló	Tetrabenazine, reserpine
	DOPA szintézis gátló	Metildopa
	P-típusú kalcium csatorna blokkolók	Flunarizine, cinnarizin
Közepes	Atípusos antipszichotikumok	Ziprasidone
	Antianginás	Trimetazidine
	L-típusú kalcium csatorna blokkolók	Diltiazem, verapamil
	Antiepileptikumok	Valproát, phenytoin, levetiracetam
	Antiemetikumok	Prochlorperazine, metoclopramide, szubsztituált benzamide
	Hangulatstabilizátorok	Lítium
Alacsony	Dopamin depletáló	Deutetrabenazine, vbenazine
	Antiaritmiás gyógyszerek	Amiodarone, procaine
	Immunszuppresszánsok	Ciclosporin, tacrolimus
	Antidepresszánsok	SSRI: fluoxetine, sertralin Triciklikusok: phenelzine MAOI: moclobemide, phenelzine
	Antibiotikumok	Cotrimoxazole
	Antivirális	Aciclovir, vidarabine, anti-HIV
	Statinok	Lovastatin
	Antifungális	Amphotericin B
	Hormonok	Levothyroxine sodium, medroxyprogesterone, epinephrine (adrenaline)

*Heredodegeneratív parkinsonizmus*

Örökletes rendszerbetegségekhez, a heredodegeneratív betegségekhez társuló parkinsonizmusok. Idesorolható többek között:

- Wilson-kórhoz társuló parkinsonizmus,
- Huntington-kórhoz társuló parkinsonizmus,
- Neuroanthocytosis,
- Agyi vaslerakódással járó neurodegeneratív megbetegedések (NBIA),
- Gerstmann-Strausler-Scheinker betegséghez társuló parkinsonizmus,
- Ceroid lipofuscinosis.

## Parkinson-kór kivizsgálási algoritmus

### Ajánlás5

**A Parkinson-kór klinikai diagnózisának felállítása során a racionálisan meghatározott képalkotó, labor- és elektrofiziológiai vizsgálatokat az egyéb etiológiák kizárása miatt szükséges elvégezni. (A) [2], [8]**

A PK kivizsgálási algoritmusát a 10. táblázatban összegezzük.

**10. táblázat:** Kivizsgálási algoritmus PK esetén [saját szerkesztés]

Vizsgálat	Elvégzése
Anamnézis, heteroanamnézis, illetve a társbetegségek feltérképezése	Kötelező
Neurológiai fizikális vizsgálat	Kötelező
Agyi képalkotó vizsgálatok: – Koponya-MRI (nagy felbontású, specifikus szekvenciákkal) – Koponya-CT (csak sürgősség esetén, vagy ha a koponya MRI kontraindikált)	Kötelező
Ioflupane (123I-FP-CIT) SPECT	Speciális esetekben
A posztzinaptikus funkciók diagnosztikájának alkalmazási területei	Speciális esetekben
Az autonóm idegrendszer funkcionális képalkotó vizsgálat	Speciális esetekben
Levodopa (apomorfin) teszt	Speciális esetekben
Transzkraniális Doppler ultrahangos vizsgálat	Speciális esetekben
Genetikai vizsgálatok	Speciális esetekben
Szaglásteszt	Speciális esetekben
Schellong-teszt	Speciális esetekben
Poliszomnográfia	Speciális esetekben
Tremor kvalitatív és kvantitatív mérése	Speciális esetekben
Urodinamikai vizsgálat	Speciális esetekben
Szimpatikus bőrválasz és vérnyomás vizsgálat billenőasztalos provokációval vagy Schellong-módszer szerint	Speciális esetekben
Vastagbél tranzit ideje	Speciális esetekben
Neuropszichológiai tesztek	Speciális esetekben
Klinikai kritériumrendszer (UKPDSBB vagy MDS-PD)	Kötelező

### **Anamnézis, heteroanamnézis, illetve a társbetegségek feltérképezése**

A PK diagnózisának felállításakor minden esetben törekedni kell a családi anamnézis megismerésére, illetve azon tényezők azonosítására (például fejsérülés, gyógyszereszedés), melyek parkinsonizmus tüneteit idézhetik elő. Fel kell térképezni a lehetséges, prodromális és korai PK tünetként értékelhető panaszokat. Fontos annak tisztázása, hogy milyen tünetek jelentek meg először, melyik végtagon vagy testtájékon voltak észlelhetők, milyen mértékű aszimmetriát mutattak, illetve időben hogyan progrediáltak. A beteg panaszait és az észlelt neurológiai tüneteket a társbetegségek fényében célszerű értékelni.

### **Neurológiai fizikális vizsgálat**

#### **Ajánlás6**

**A PK klinikai diagnózisának a felállítása alapvetően a neurológiai tüneteken alapul. A diagnózis felállításakor teljes körű neurológiai vizsgálat kivitelezése szükséges az egyéb kórjelek, úgymint piramis jelek vagy ataxia felismerésére. A beteg neurológiai státuszát az aktuális klinikai diagnosztikai kritériumrendszerek alapján szükséges interpretálni. (A) [14]**

A UKPDSBB kritériumrendszer évtizedeken keresztül a leggyakrabban alkalmazott klinikai diagnosztikai rendszernek számított, melyet neuropatológiai vizsgálatok is validáltak. Azonban a PK-ral kapcsolatos ismeretanyag bővülésével párhuzamosan számos hibájára és előnytelen tulajdonságára derült fény [13]. Ezért a Mozgászavar Társaság egy új kritériumrendszer kidolgozását tűzte ki célul, mely a korábbinál megbízhatóbb diagnosztikát tesz lehetővé (MDS-PD, [3]).

Postuma és munkatársai 626 parkinsonizmusban szenvedő beteg esetében (434 PK és 192 nem PK) klinikailag hasonlították össze a UKPDSBB és az MDS-PD kritériumrendszert. Az MDS-PD kritériumai magas érzékenységet és specificitást mutattak a szakértői diagnózissal összehasonlítva, és mind az érzékenység, mind a specificitás magasabb volt, mint a UKPDSBB kritériumai [57].

Az MDS-PD kritériumrendszer szövettani validációja folyamatban van [45], mely akkor tekinthető teljesnek, ha több egymástól független munkacsoport is megfelelő klinikopatológiai adatokkal alátámasztott érzékenységet igazol.

Jelenleg a klinikai gyakorlatban mind a két kritériumrendszer használható. Annak ellenére, hogy a legtöbb multinacionális multicentrikus vizsgálat még mindig a UKPDSBB kritériumokat használja, a részletes definíciók, illetve a kétszintű diagnosztikai bizonyosság miatt az MDS-PD kritériumrendszer használata a preferálandó a klinikai gyakorlatban.

### **Agyi képpalkotó vizsgálatok**

#### **Ajánlás7**

**Képpalkotó vizsgálat elvégzése minden újonnan felismert parkinsonizmus tüneteit mutató beteg esetében szükséges a parkinsonizmus hátterének tisztázására. Amennyiben kontraindikáció nem áll fenn, illetve technikailag lehetséges, az agyi MRI-vizsgálat preferálandó a CT-vizsgálattal szemben. (A) [14]**

Képpalkotó vizsgálatok nélkül a parkinsonizmus klinikai csoportjában nem lehetséges a pontos differenciáldiagnózis. Mivel a kórlefolyás során nem mindig mutatkoznak meg a felsorolt, a diagnózist segítő elváltozások, a diagnosztika során legalább egy alkalommal, de szükség esetén akár több alkalommal is megismételt képpalkotó vizsgálat elvégzése javasolt.

#### *CT képpalkotás*

Parkinsonizmus tünetei esetén alapvetően koponya MRI vizsgálatot célszerű kérni. Sürgősségi állapotban, MRI kontraindikáció, illetve technikai nehézségek esetén (például az MRI-vizsgálatot megakadályozó mértékű tremor jelenléte) agyi CT-vizsgálat is elvégezhető. Az agyi CT-vizsgálat azonban csak bizonyos kórképeket, úgymint hidrokefaluszt, frontális lebeny térfoglalást, állománykárosodást vagy súlyos fokú atrófiát képes azonosítani. Számos az MRI képpalkotásnál leírásra kerülő eltérést nem érzékel, így csak korlátozott értékű vizsgálatnak számít a PK differenciál-diagnosztikájában.

#### *MRI képpalkotás*

#### **Ajánlás8**

**Parkinsonizmus differenciál-diagnosztikája során – kontraindikáció hiányában – nagy felbontású koponya MRI vizsgálatot kell kérni, mely során a rutin T1, T2 és FLAIR képek mellett javasolt fémérzékeny szekvenciák és diffúzió súlyozott mérések elvégzése is. Speciális esetekben kontrasztanyagossal mértékű kiegészítés is javasolt. (A)**

A rutin mérésekkel készült agyi MRI-képpalkotás segítséget jelent az alábbi parkinsonizmussal (is) járó kórképek azonosításában:

- (frontális) térfoglaló folyamatok,
- Normális nyomású hidrokefalusz (NPH),
- Territoriális agyi károsodások és iszkémiás károsodások,
- Mangánmérgezés,
- Wilson-kór,
- NBIA (agyai vaslerakódással járó neurodegeneratív betegségek),
- (jelentősebb) agyi atrófia.

Nagy felbontású, megfelelő technikával készült MRI-vizsgálatok bizonyos Parkinson Plusz szindrómákra jellegzetes eltérést mutathatnak:

MSA jelei az MRI-n:

- Jelcsökkenés a putámen dorzolaterális területén a T2-súlyozott képeken,
- Hiperintenzív sáv a putámen és a kapszula externa határán a T2-súlyozott szekvenciákban,
- Hot cross bun jel (kereszt jel, „zsemlye”-jel) a hídban,
- Kisagyi atrófia,
- A lencsemag hiperintenzitása DWI súlyozott felvételeken.

PSP jelei az MRI-n:

- Középagy atrófiája (ún. „Mickey-egér” jel),
- Középagy szagittális irányú átmérőjének csökkenése (< 15 mm),
- Középagy rostrális részének elvékonyodása („Hummingbird” – kolibri jel).

CBS jelei az MRI-n:

- Fokális, kezdetben fél oldalon súlyosabb parietális atrófia.

### **Funkcionális képalkotó vizsgálatok**

#### **Ajánlás9**

**Az ioflupane SPECT-vizsgálatot a klinikailag nem megfelelően elkülöníthető degeneratív parkinsonizmus és az esszenciális tremor közötti differenciáldiagnosztika érdekében javasolt alkalmazni. A központi idegrendszer radiofarmakológiai vizsgálata (SPECT és/vagy PET) elvégzése nem javasolt strukturális képalkotás MRI- (speciális esetekben CT-) vizsgálat elvégzése nélkül. (A)**

A SPECT és PET technikák alkalmazása képes bizonyítani a központi dopaminerg rendszer károsodását, ami alkalmassá teszi az esszenciális tremor és a parkinsonos tremor elkülönítésére, azonban a parkinsonizmusok egymástól való elkülönítésére csak limitált mértékben képes.

Míg az <sup>123</sup>I-FP-CIT SPECT (például ioflupane SPECT) és a <sup>18</sup>F-Fluorodopa PET alapú mérések (PET/CT, PET/ MRI) apreszinaptikus nigrostriatális rendszerintegritására vonatkozó információkat szolgáltat (<sup>123</sup>I-FP-CIT aktivitás: a dopamin transzporterek sűrűségére, aktivitásának mérésére szolgál a striátumban, <sup>18</sup>F-Fluorodopa PET: DOPA-dekarboxiláz-aktivitás – a dopaminszintézist méri), addig a <sup>123</sup>I-IBZM SPECT és a <sup>11</sup>C-Racloprid, a <sup>18</sup>F-dezmetoxifalliprid stb. PET a posztiszinaptikus striatális neuronok dopamin-2 receptorainak sűrűségét, aktivitását, elérhetőségét mérik.

A speciális SPECT és PET vizsgálatokat korai stádiumban, vagy differenciál-diagnosztikai problémák esetén javasolt alkalmazni, amit a mozgászavarok diagnosztikája területén tapasztalattal rendelkező neurológusok indikálnak és a vizsgálatot végző és értékelő, neuro-nukleáris medicinában jártas szakemberek értékelnek. A SPECT- és PET-vizsgálatok kivitelezése és értékelése a Nukleáris Medicina módszertani ajánlása szerint kell, hogy történjen.

#### *Ioflupane (123I-FP-CIT SPECT)*

A <sup>123</sup>I-FP-CIT radiofarmakon klinikai használatát ioflupane névvel az EMA 2000-ben engedélyezte felnőtteken eredetileg a klinikailag bizonytalan, vagy korai tüneteket produkáló (2013-ban kiegészítve) parkinsonizmus és az esszenciális tremor elkülönítésére, majd 2006-tól az indikációkat kiterjesztve a Lewy-testes demenciának az Alzheimer-kórtól való megkülönböztetésére [40], [58].

A <sup>123</sup>I-FP-CIT-SPECT nem képes megkülönböztetni egymástól a preszinaptikus érintettséget mutató parkinsonizmus, azaz a Parkinson-kórt, a multisisztémás atrófia egyes formáit, valamint a progresszív szupranukleáris parézis bizonyos eseteit, továbbá nem alkalmas a preszinaptikus érintettséget mutató Lewy-testes és a Parkinson-kór okozta demenciák elkülönítésére sem. Bizonyos esetekben, úgymint MSA-C esetében, akár negatív is lehet. Hasonlóan, a módszer nem detektál különbséget a preszinaptikus érintettséget nem mutató állapotok (például egészséges alanyok, esszenciális tremor, disztóniás tremor, pszichogén parkinsonizmus, gyógyszer indukálta másodlagos parkinsonizmus) között sem [40], [58], [59].

Éppen ezért a ioflupane SPECT vizsgálat nem része az MDS-PD Parkinson-kór klinikai diagnosztikai rendszer támogató kritériumainak, hanem csak a normális ioflupane SPECT képalkotás képezi az abszolút kizárási kritériumok egy részét. Az EMA azt is hangsúlyozza, hogy a ioflupane kizárólag diagnosztikai célokra alkalmazható. Tehát a vizsgálat szerepe nem az, hogy a már korábban diagnosztizált Parkinson-kóros vagy egyéb ismert betegségben szenvedő alanyok esetében alkalmazzuk „megerősítésként” [40], [58].

Az EMA által hivatalosan engedélyezett indikációkon túl az Európai Nukleáris Medicina Társaság (EANM) által kiadott irányelv két további potenciális indikációt említ: a parkinsonizmus súlyosságának megítélését, valamint a preszinaptikus érintettséget mutató parkinsonizmusnak az egyéb, preszinaptikus nem érintett parkinsonizmustól (például gyógyszer indukálta vagy pszichogén parkinsonizmus) való elkülönítését [60].

#### A preszinaptikus funkciók diagnosztikájának törzskönyvezett alkalmazási területei (ioflupane alkalmazási előirat alapján):

- Klinikailag még nem bizonyított Parkinson-szindrómás felnőtt betegek, például a korai tünetekkel bíró betegek esetén, hogy megkülönböztessék az esszenciális tremort az idiopátiás Parkinson-kórhoz, multisisztémás atrófiához és a progresszív szupranukleáris bénuláshoz kapcsolódó Parkinson-szindrómáktól. Az ioflupane SPECT nem képes megkülönböztetni a Parkinson-kór, a multisisztémás atrófia és a progresszív szupranukleáris bénulás egyes eseteit.

- Felnőtteknél a valószínűsíthető Lewy-testes demencia és az Alzheimer-kór megkülönböztetésének elősegítésére. Az ioflupane SPECT nem képes különbséget tenni a Lewy-testes demencia és a Parkinson-kór okozta demencia között.

#### Az ioflupane egyéb lehetséges alkalmazási területe

- Atípusos, izolált tremor differenciáldiagnózisa vagy pszichogén tremortól/mozgászavartól való elkülönítése
- Nagyon diszkrét Parkinson tünetek jelenléte, amelyek a PK egyértelmű klinikai diagnózisát még nem teszik lehetővé
- Gyógyszerindukált Parkinson-szindróma kizárása nem egyértelmű gyógyszeres anamnézis vagy neuroleptikus terápiánál a substantia nigra degeneráció gyanúja esetén

#### Ioflupane kontraindikáció

Terhességre vonatkozóan sem humán- sem állatkísérleti eredmények nem állnak rendelkezésre, így a (potenciálisan) várandós nők esetén ellenjavalt a vizsgálat. A szoptatás is relatív kontraindikációnak számít, mivel nem ismert, hogy az ioflupane kiválasztódik-e az anyatejben. Az anyatej esetleges radioaktivitását és a vizsgálat fontosságát mérlegelve el kell dönteni, hogy a vizsgálat vagy elhalasztásra kerül a szoptatás megszűnéséig, vagy ha mindenképp szükséges elvégezni, akkor a szoptatást abba kell hagyni a vizsgálatot követően. A <sup>123</sup>I felezési idejét (13,2 óra) figyelembe véve a gyártó azt javasolja, hogy a vizsgálatot követően a szoptatás 6 napig kerüljön felfüggesztésre. Ez idő alatt a tejet rendszeresen le kell fejni és megsemmisíteni. Az EANM és az EMA ennél rövidebb, csupán 1, valamint 3 napos felfüggesztést javasol [60].

További kontraindikációt jelenthet, ha a beteg nem képes kooperálni a vizsgálat során, illetve ha túlérzékenysége van a készítmény hatóanyagával, vagy bármely segédanyagával (ecetsav, nátrium-acetát, etanol, injekcióhoz való víz) szemben.

#### Ioflupane és gyógyszer interakciók

Az ioflupane vizsgálat értékelését számos gyógyszer, altatószer, illetve kábítószer befolyásolhatja. Booij és Kemp összefoglaló közleménye szerint az alábbi szerek lehetnek szignifikáns befolyással a <sup>123</sup>I-FP-CIT-SPECT vizsgálat végeredményére [61]:

- kokain,
- amfetaminok (d-amfetamin, metamfetamin, metilfenidát),
- központi idegrendszer stimulánsok (efedrin, fentermin),
- modafinil,
- antidepresszívumok (bupropion, mazindol, radafaxine),
- adrenerg agonisták (fenilefrin, norepinefrin/noradrenalin),
- antikolinerg szerek (benztropine),
- opioidok (fentanil),
- anesztetikumok (ketamin, izoflurán, fenciklidin/PCP).

Booij és Kemp ajánlása, hogy amennyiben a kezelőorvos mérlegelése alapján lehetséges, legalább 5 plazma felezési idővel a SPECT vizsgálat előtt meg kell vonni ezeket a szereket [61].

#### SWEDD (scans without evidence of dopaminergic deficit)

A SWEDD (scans without evidence of dopaminergic deficit) kifejezés alatt betegek egy olyan csoportját értjük, akiknél klinikailag parkinsonizmus diagnosztizálható, azonban a DAT képződés (például ioflupane vizsgálat) nem mutat abnormalitást. Egyes tanulmányok szerint ez a jelenség a betegek jelentős, akár több mint 10%-át érintheti [62]. Bár a rövidítést gyakran használják diagnosztikai jelzőként, fontos megjegyezni, hogy a SWEDD mögött különböző etiológiák állhatnak és nem egyetlen klinikai entitásról van szó [62]. Érdemes arra felhívni a figyelmet, hogy a SWEDD alanyok számos szempontból különböznek a klasszikus Parkinson-kórban szenvedő társaiktól például a levodopa kezelés általában nem használ (egyik legfontosabb kivétel a levodopa reszponzív disztónia), valamint az esetek nagy részében a betegség klinikailag és a DAT képződés alapján sem progredivál számottevően.

Teoretikusan három ok állhat a SWEDD hátterében [63].

- A betegek nem valódi parkinsonizmusban szenvednek (például disztóniás tremor).
- A vizsgálati alanyok olyan neurodegeneratív parkinsonizmusban szenvednek, ahol nincs számottevő preszinaptikus nigrostriatalis dopaminerg érintettség (például MSA-C egyes eseteit).
- A preszinaptikus SPECT és PET vizsgálatok (még) nem képesek detektálni a betegek nigrostriatalis érintettségét.

A SWEDD egy részénél felnőtt korban kezdődő disztóniás tremor állhat a háttérben, de számos egyéb alternatív diagnózis is lehetséges (például esszenciális tremor, fragilis X premutáció, vaszkuláris, gyógyszerindukálta, jatrogén, szupranigrális vagy pszichogén parkinsonizmus, súlyos fokú depresszió motoros rendszer lassúsággal, időskori enyhe parkinsonos jelek).

*A posztzinaptikus funkciók diagnosztikájának alkalmazási területei (123I-IBZM-SPECT):*

Az iodobenzamid (IBZM vagy ioprid) diagnosztikai célokra használt radiotrészter. A készítmény dopamin-antagonista, receptorkötő képessége alapján radioaktív nyomjelzőként használják agyi vizsgálatokban, a dopamin anyagcsere feltérképezésére és mérésére. A <sup>123</sup>I-IBZM radiofarmakonnal végzett agyi SPECT/(CT)vizsgálat fő célja a Parkinson-kór megkülönböztetése más neurodegeneratív betegségektől, például a Lewy-testes demenciától és a multiplex rendszer atrofijától. Magyarországon kizárólag egyedi támogatással elérhető, azonban a rutinszerű használata nem ajánlott a nemzetközi irányelvekkel egybehangzóan [3].

*Nem dopaminerg rendszer vizsgálat*

Bizonyos speciális esetekben alternatív lehetőséget jelentenek a <sup>18</sup>F-FDG (<sup>18</sup>F-fluorodezoxiglükóz) trészterrel végzett PET-mérések, amelyek a jellegzetes metabolikus mintázatok alapján lehetővé teszik a különböző neurodegeneratív betegségek detektálását, jellemzését. Ezen módszerek csak speciális esetekben használhatók, nem alkalmasak a rutinszerű differenciál-diagnosztikára.

*Az autonóm idegrendszer funkcionális képzővizsgálata*

Az iobenguán vagy MIBG (noradrenalin-analóg, meta-jodo-benzilguanidine) adrenerg neurotranszmitter aralkilguanidin analóg, radiológyszerként használják és az adrenerg neuronok blokkolójaként hat. A megfelelő izotóppal jelölve, felhasználható a nukleáris diagnosztikai és terápiás eljárásokban, beavatkozásokban, valamint a neuroendokrin kemoterápiás kezeléseknél.

A pre- és a posztganglionáris autonóm zavarok megkülönböztetéséhez az <sup>123</sup>I-MIBG-szcintigráfia használható a szív autonóm innervációjának vizsgálatára. Parkinson-kór esetén a posztganglionáris szimpatikus kardiális neuronok rendszerint lényegesen kisebb mértékben kötik az MIBG-t. Az MSA esetében ezzel szemben a trészterfelvétel normális. Ez a módszer nagy specifikusságú elkülönítést biztosít a tremor-tünetektől, az MSA-tól és a kortikobazális degenerációtól.

A <sup>131</sup>I-MIBG diagnosztikus injekció törzskönyvi indikációja a neuroendokrin tumorok lokális, lézióspecifikus diagnosztizálása, különösen: phaeochromocytoma, neuroblastoma gyanúja esetében. A PK differenciál-diagnosztikai alkalmazása indikáción túli, azonban irányelveken alapuló, alkalmazásnak számít. Annak ellenére, hogy a pozitív MIBG-SPECT az MDS-PD támogató kritériuma, alkalmazása nem képezi a rutin klinikai gyakorlat részét.

**Levodopa (apomorfin) teszt**

A levodopa teszt a dopaminerg gyógyszeres kezelésre adott rövid távú választ méri klinikai pontozó skálák segítségével. A levodopa-teszt elvégzése nem kötelező a PK klinikai diagnózisának a felállításához, azonban differenciál-diagnosztikai problémák esetén segítséget nyújthat. Bizonyos esetekben levodopa-teszttel teljesíthető a PK klinikai diagnózist támogató kritérium az MDS-PD kritériumrendszer alapján.

**Ajánlás10**

**A mély agyi stimulációs kezelés lehetőségének megítélésékor a levodopa-teszt (ritkábban apomorfin-teszt) elvégzése kötelező a kivizsgálás során. (A)**

*Levodopa-teszt indikációi*

Az L-DOPA kezelés hatékonysága az Parkinson-kór megerősítő diagnosztikai kritériumai közé tartozik. Az L-DOPA-tesztet (vagy ritkábban az apomorfin-tesztet) speciális farmakológiai működési próbaként alkalmazhatjuk a Parkinson-betegeknél annak megállapítására, hogy a beteg tünetei visszavezethetők-e a nigrostriális rendszer működési zavarára. Diagnosztikai eszközként akkor javallható, ha a tünetek nem egyértelműek, vagy atipusosak. A levodopa-tesztnél különösen nagy jelentősége van a mély agyi stimulációs műtéti alkalmasság elbírálásában.



*Az levodopa teszt (vagy az apomorfin-teszt) végrehajtása*

- Előkezelés 3x20 mg domperidonnal 24 órán át (de legalább 30 mg a levodopa beadása előtt)
- Dopamin agonista, MAO-B enzimgátló, amantadin kezelés lehetőleg 48 órával, míg a levodopa kezelés legalább 12 órával (általában az éjszakai időszakban) történő elhagyását követően javasolt az OFF állapot súlyosságának felmérése.
- A reggeli dózis 1,5-szeresének megfelelő levodopa és DDCI (dopa-dekarboxiláz gátló) p. O. Beadása, de novo betegeknél 200 mg levodopa / DDCI adása
- Másik lehetőségként apomorfin injekció is lehetséges (50 µg/testsúly kg s. C.) Ezt a mellékhatások miatt csak tapasztalt orvos végezze.
- A levodopa tesztet ajánlott osztályos körülmények között elvégezni az esetleges komplikációk (például súlyos ortosztatisz reakció, súlyos disztónia vagy akinetikus krízis) veszélye miatt.

*A levodopa teszt értékelése*

Mérési paraméterként a Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) vagy a Movement Disorders Society-féle Egységes Parkinson-kór Pontozó Skála III. Részét vesszük alapul a gyógyszer bevétele előtt OFF és után ½-1 órával ON időszakban. Fluktuáció esetén abban az állapotban a legcélszerűbb az ON állapotot felmérni, amely a beteg és az orvos véleménye szerint is a legjobb mozgásteljesítményt respektálja. A Parkinson pontozó skála III. Részén az ON és OFF állapotban mért értékek közötti javulást kell százalékos mértékben kiszámolni a teszt értékeléséhez.

- A pozitív teszt (a UPDRS-III pontszám > 20-30%-os javulása) alátámasztja az Parkinson-kór klinikai diagnózisát, de nem bizonyítja azt minden kétséget kizáróan. Nagymértékű javulás (> 50%) esetén nagy valószínűséggel feltételezhetjük a Parkinson-kórt.
- A tremor mint tünet nem kell, hogy reagáljon az levodopa tesztre Parkinson-kórban.
- A de novo betegek esetében a negatív levodopa teszt nem zárja ki teljesen a huzamosabb ideig tartó levodopa kezelés hatásosságát, azaz a negatív prediktív értéke < 80%.
- Mély agyi stimulátor beültetés (kivéve a gyógyszeres kezelésre nem reagáló tremor domináns formákat) legalább 30% javulás elérése esetén javasolt.
- Munkaképesség vagy önellátás megőrzését célzó korai fluktuáció indikáció esetében legalább 50%-os javulás szükséges a mély agyi stimulációs kezeléshez.

**Egyéb kiegészítő (opcionális) vizsgálatok***Transzkranialis Doppler ultrahangos vizsgálat***Ajánlás11**

**A transzkranialis szonográfia ajánlott a PK elkülönítésére bizonyos atípusos parkinsonizmusok és a másodlagos parkinsonos szindrómáktól, a Parkinson-kór korai diagnosizakor, illetve a Parkinson-kór kockázatának kitett személyek felderítésére. Mivel a TCD specifikitása a Parkinson-kór kialakulására vonatkozóan korlátozott, a TCD-t más szűrővizsgálatokkal együtt kell alkalmazni. (A) [14]**

A PK esetében a betegek körülbelül 90%-ánál a substantia nigra hiperechogenitása figyelhető meg a transzkranialis ultrahangos B-mód képen. Ez elegendő nagyságú hangablakkal rendelkező betegek esetén már a korai fázisban is látható. A Parkinson – szindrómás betegek kis százalékánál is jelentkezhet a substantia nigra hiperechogenitása. Ezekben az esetekben segítséget jelenthetnek az ultrahang további eltérései, mint például a lencsemag hiperechogenitása (MSA/PSP esetében gyakori) és/vagy a 3. agykamra tágulata (PSP). Hiperechogén substantia nigra a CBS és a DLB esetében is lehetséges. A vizsgálati módszer alkalmazásához speciális ultrahangos ismeretek, valamint csúcsmínőségű ultrahang-berendezések szükségesek 1-4 MHz-es transzkranialis szondával.

*Genetikai vizsgálatok***Ajánlás12**

**A specifikus mutációk genetikai vizsgálatát egyedi mérlegelés alapján ajánlott elvégezni. A genetikai vizsgálatok során figyelembe kell venni a klinikai tüneteket, jellemzőket, különösen a családi anamnézist és a betegség kezdetén lévő életkort. (B) [14].** A 2008. évi Humángenetikai Törvény értelmében a genetikai vizsgálatot prteszt tanácsadás kell, hogy megelőzze, illetve a genetikai leletet a posztteszt tanácsadás keretén belül kell átadni a beteg számára.

Genetikai vizsgálat elvégzése megfontolandó [14]

- Az 50 éves kora alatt kezdődő Parkinson- kórban a következő gének vizsgálata javasolt genetikai tanácsadást követően függetlenül attól, hogy családi halmazodtságot mutat-e a betegség vagy az sporadikus: SNCA, GBA, PRKN, PINK1, DJ1. A géneket NGS panel vizsgálattal javasolt vizsgálni.
- Ezeket megelőzően indokolt, a C9orf72 gén repeat expanziójának vizsgálata is.
- A pozitív családi anamnézissel rendelkező betegeknek NGS panel vizsgálattal a fenti gének mellett az LRRK2 gén vizsgálata javasolt. Ha erre nincs lehetőség minimum az LRRK2 és a GBA gének vizsgálandóak.
- Sporadikus betegeknek a genetikai vizsgálatnak az ismert LRRK2 alapító mutációk keresésére kell korlátozódnia a megfelelő populációkban.
- Ashkenazi populációba tartozó betegnél az LRRK2 és a GBA gének vizsgálandóak (legalább az alapító mutációk)
- Az ATP13A2, PLA2G6 és FBXO7 gének vizsgálata megfontolandó nagyon korán kezdődő Parkinson-kór esetén, ha a parkin, PINK1 és DJ-1 génben nem találtak mutációt.

*Szaglásteszt*

A szaglásvizsgálat megkülönbözteti a Parkinson-kórt egyes atipusos és másodlagos Parkinson-kórtól, illetve bizonyos Parkinson-kór recesszív formáitól. A szaglásvizsgálat érzékeny, de nem specifikus szűrővizsgálat a premotoros és klinikai Parkinson-kórra.

### **Ajánlás13**

**Ha lokális okkal (például nátha) nem magyarázható hipozmia észlelhető, akkor más, a Parkinson-kórra specifikus vizsgálatot is szükséges elvégezni. (A)** [14]

A kvantitatív szaglásteszt az Parkinson-kóros betegeknek körülbelül 80–100%-ban kórosak (anozmia körülbelül 51%-ban, súlyos szaglászavar körülbelül 35%-ban, közepes fokú szaglászavar körülbelül 14%-ban van jelen). Az MSA betegeknek ezzel szemben a betegség kezdetén szaglászavaruk nincs, majd a betegség későbbi szakaszában hipozmia alakul ki. A PSP- és CBD betegek, valamint az esszenciális tremorban szenvedőknek a betegség lefolyása során is általában normális a szaglásuk. Ismert, hogy az Alzheimer kór szintén szaglászavarral jár. A vizsgálatok végrehajtásához pontosan kvantifikált eljárások szükségesek, amelyek során a szagok küszöbértékét, azonosítását és megkülönböztetését standardizált minták segítségével végzik. A standardizált, korhoz és nemhez illesztett kvantitatív szaglásteszt az MDS-PD kritériumrendszer egyik támogató kritériuma, azonban a klinikai diagnózis enélkül is felállítható. Fejsérülés (fila olfactoria károsodás), rinitisz a szaglásteszt eredményét befolyásolhatja neurodegeneráció hiányában is.

*Autonóm tesztek*

### **Ajánlás14**

**Klinikailag észlelhető ortosztatikus hipotenzióra utaló tünettan esetén az ortosztatikus hipotenzio diagnosztikájára alkalmas tesztek elvégzése szükséges. MSA gyanúja esetén az ortosztatikus hipotenzióra specifikus tesztek elvégzése hipotenzióra utaló panaszok nélkül is kötelező. (A)**

Az autonóm funkciót vizsgáló tesztek elsősorban a Parkinson-kórban és multisisztémás atrofiaiban szenvedő betegek autonóm károsodásának kimutatására szolgálnak. Egyes jellemzők, mint például az ortosztatikus hipotenzio (OH) vagy a poszt-voidális reziduális térfogat, fontos terápiás következményekkel járnak. Jelenleg azonban nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték ahhoz, hogy a Parkinson-kórban az autonóm funkciót vizsgáló tesztek rutinszerű elvégzésére vonatkozóan ajánlási szintet lehessen meghatározni [14].

Ortosztatikus hipotenzióra vonatkozó szűrő kérdések [64]:

- Elájult mostanában?
- Érez-e szédülést vagy szédülékenységet állás közben?
- Előfordul-e látászavar állás közben?
- Előfordult-e légzési nehézség állás közben?
- Elesett mostanában?

- A fenti tünetek javulnak vagy megszűnnek, ha leül vagy lefekszik?
- A fenti tünetek reggel vagy étkezés után rosszabbak?
- Vannak-e egyéb tünetek, amelyeket általában felálláskor vagy a felállás után 3-5 percen belül észlel, és amelyek javulnak leüléskor vagy lefekvéskor?

#### Schellong-teszt

MSA gyanúja és olyan klinikai tünetek esetén, amelyek autonóm zavarra utalnak, a Schellong-teszt elvégzése OH irányában indikált. Parkinson-kór, illetve a Parkinson-kórhoz asszociált kettes típusú diabetes mellitus autonóm neuropátiát okozhat, ami szintén megjelenhet klinikailag ortosztatikus hipotenzió formájában. Emellett az antiparkinson gyógyszerek egy része (például a levodopa) a perifériás erek vasodilatációját eredményezheti, ami szintén vérnyomásesést okozhat. Emiatt a Schellong-teszt nemcsak a differenciál-diagnosztikában, hanem a Parkinson-kóros betegek egy részénél jelentkező OH felismerésére is javasolt.

A „Schellong-teszt” a gravitációs terhelés alatti vérnyomás- és pulzusszám-változások mérésére szolgáló tesztet jelöli. A tesztet Fritz Schellongról, a kardiovaszkuláris autonóm idegtudomány európai úttörőjéről nevezték el. A teszt elvégzésére nincs általános, szabványosított protokoll. Általában egy 5-10 perces fekvő fázisból áll, amelyet egy legalább 3 perces, ideális esetben 5-10 perces aktív álló fázis követ. A vérnyomást és a pulzusszámot a fekvő fázis végén és a felállt helyzetben 1 perces időközönként mérik. Ha a beteg nem képes felállni a hanyattfekvésből, elfogadható az ülve-állva protokoll, bár kevésbé érzékeny, mint a hanyattfekvésből-állva módszer [64].

#### **Ajánlás15**

**A szisztolés vérnyomás álló helyzetben több, mint 20 Hgmm-es, vagy a diasztolés vérnyomás több mint 10 Hgmm-es csökkenése patológiás. A neurogén ortosztatikus hipotenzió kezelését a klinikai tünetek alapján szükséges megtervezni. (A)**

A szisztolés vérnyomás álló helyzetben több, mint 20 Hgmm-es vagy a diasztolés vérnyomás több, mint 10 Hgmm-es csökkenése patológiás a 2018-as ESC irányelv alapján [64]–[66]. Azonban az MSA diagnosztikájában a szisztolés vérnyomás álló helyzetben több, mint 30 Hgmm vagy a diasztolés vérnyomás több mint 15 Hgmm-es csökkenése diagnosztikus. Speciális esetekben az ortosztatikus hipotenzió felismerésére célszerű lehet a billenőasztalos vizsgálat vagy a szív MIBG- SPECT/(CT) elvégzése is.

#### *Poliszomnográfia*

Az REM magatartászavar (RBD) heteroanamnézis alapján fennálló gyanújakor, például alvás közbeni beszéd vagy kiáltás, alvás közbeni heves motoros mozgások, ágyból kiesés és hasonló tünetek esetén, amelyeket rémálmok kísérnek, alváslaborban poliszomnográfias vizsgálat végzése célszerű videofelvétellel. Az RBD biztos diagnózisa további fontos jelzés a neurodegeneráció, például PK vagy MSA jelenlétére. A poliszomnográfia kivitelezése és értékelése a vonatkozó Alvásmedicina irányelvek szerint kell, hogy történjen.

#### *Tremor kvalitatív és kvantitatív mérése*

A kvantitatív tremor méréssel a tremor különböző típusai objektívizálhatók. Ezek az információk diagnosztikai célokra, illetve a terápiás válasz mérésére hasznosíthatók. Speciális esetekben célszerű elvégezni.

#### *Urodinámias vizsgálat*

Parkinson-kór esetén klinikailag manifeszt hólyaginnervációs zavaroknál használható, melyet a vonatkozó urológiai protokollok alapján szükséges indikálni, kivitelezni és értelmezni.

#### *Szimpatikus bőrválasz*

A szimpatikus idegrendszer érintettségének megállapítására szolgál.

#### *Vastagbél tranzit ideje*

A vastagbél tranzit idejének meghatározása lehetővé teszi a PK-s betegeknél gyakran fellépő székrekedés objektívizálását.

## Neuropszichológiai tesztek

**Ajánlás16**

**Neurokognitív zavarra utaló panaszok vagy tünetek mellett, a gépjárművezetésre való egészségügyi alkalmasság megítélése, a mély agyi stimulációra való alkalmasság kivizsgálása során, illetve bizonyos atipikus kórformák elkülönítése során, részletes neuropszichológiai tesztek elvégzése javasolt. (A)**

A fontosabb neuropszichológiai szűrő tesztek határértékei a DSM-5 szerinti enyhe és major neurokognitív zavar szűréséhez Parkinson-kórbán a 11. táblázatban található, míg a tesztek elérhetősége a mellékletben található.

**11. táblázat:** A fontosabb neuropszichológiai tesztek határértékei Parkinson-kórbán a DSM-5 szerinti enyhe és major neurokognitív zavar szűréséhez [67]

Teszt/Iskolázottság (év)		Enyhe neurokognitív zavar Parkinson-kórbán (DSM-5)			Súlyos neurokognitív zavar Parkinson-kórbán (DSM-5)		
		Határérték	Szenzitivitás	Specifititás	Határérték	Szenzitivitás	Specifititás
ACE-I	0-8	84,50	0,862	0,571	74,50	0,821	0,744
	9-12	86,50	0,850	0,614	76,50	0,848	0,773
	>12	90,50	0,847	0,626	80,50	0,903	0,927
ACE-III	0-8	83,50	0,931	0,643	70,50	0,805	0,907
	9-12	85,50	0,805	0,786	77,50	0,909	0,740
	>12	88,50	0,765	0,744	78,50	0,957	0,927
Mini-ACE	0-8	23,50	0,793	0,714	17,50	0,718	0,791
	9-12	24,50	0,850	0,514	20,50	0,833	0,747
	>12	25,50	0,718	0,798	21,50	0,907	0,917
MMSE	0-8	26,50	0,414	0,857	25,50	0,744	0,860
	9-12	27,50	0,575	0,743	26,50	0,803	0,780
	>12	28,50	0,612	0,714	27,50	0,814	0,809
MoCA (7,3 verzió)	0-8	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5
	9-12	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5
	>12	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5

Rövidítések: ACE= Addenbrooke Kognitív Vizsgálat; ACE-III= Addenbrooke Kognitív Vizsgálat III. verzió; Mini-ACE = Mini – Addenbrooke Kognitív Vizsgálat; MMSE= Mini-Mentál Státusz Vizsgálat; MOCA= Montreal Kognitív Felmérés.

PK-hoz társuló neurokognitív zavar szűrésére a Montreal Kognitív Felmérés használható, mely három egyenértékű alternatív tesztből áll. A Mini-Mentál Státusz Vizsgálat a bizonyos antideencia gyógyszerek felírhatósága miatt fontos. A részletesebb neuropszichológiai szűrésre, illetve a mély agyi stimuláció előtti kivizsgálás során a szintén több alternatív verzióval rendelkező Addenbrooke Kognitív Felmérés III. verziója ajánlható. Ezen tesztek a klinikai gyakorlatban (esetleges regisztrációt és tréninget követően) ingyenesen használhatók.

**Parkinson-kór kezelése**

A Parkinson-kór kezelésének alapvető célja, hogy a betegek életminőségét a lehető legnagyobb mértékben javítsuk és ezt követően szinten tartsuk. A betegség korai fázisában megfelelő gyógyszeres kezeléssel akár több évig is tartó szinte tünetmentes állapot érhető el („mézeshetek” időszak). Célunk, hogy a beteg munkaképességét a lehető leghosszabb ideig megőrizzük, illetve ha már a munkaképességét elvesztette, úgy a teljes önellátást és az aktív életvitelt biztosítsuk számára. A kezelési lehetőségek megválasztásakor az utóbbi időben fontos szemléletváltást jelent, hogy nemcsak a betegség motoros tünetei állnak a kezelés fókuszában, hanem az életminőséget szintén rontó nem-motoros tünetek javítására is nagy figyelmet fordítunk.

## Gyógyszeres kezelés alapelvei

### Ajánlás17

**A PK kezelést a diagnózis felállítása után minél korábban, a beteg életkora, tünetei, életvitele és társbetegségei figyelembevételével, hatékonyan és optimális dózisban kell elkezdni. (B)**

Az életkor, a betegség tartama és a szociális helyzettől függően a kezelés céljai az alábbiak lehetnek:

- a betegség motoros, autonóm, kognitív és pszichiátriai tüneteinek a javítása,
- az önállóság megtartása a mindennapi életvitel során,
- a tartós ápolás/gondozás igényének elkerülése/ késleltetése,
- az önállóság megőrzése a családban és a közösségben (szociális kompetencia),
- a munkaképesség megtartása,
- az egészségfüggő életminőség megtartása/javítása,
- a másodlagos ortopédiai és belgyógyászati betegségek/szövődmények csökkentése,
- a motoros és nem-motoros szövődmények csökkentése,
- a gyógyszer mellékhatások csökkentése.

Tekintettel kell lenni a családtagok és a gondozók fizikai, de elsősorban pszichés igénybevételére is. Törekedni kell a fenti személyek bevonására a terápiás terv kialakítása során. A 12. táblázatban foglaltuk össze a legfontosabb antiparkinson gyógyszereket.

**12. táblázat:** Parkinson-kór gyógyszeres kezelési lehetőségei [saját szerkesztés]

Besorolás	Hatóanyag	Magyarországon támogatottan elérhető?	Korai PK	Komplikált PK
Antikolinerg	biperiden	+	+	+
	procyclidin	+	+	+
	trihexyphenydil	-	+	+
MAO-B gátló	selegiline	-	+	+
	rasagiline	+	+	+
MAO-B gátló és csatorna-blokkoló	safinamide*	+	-	+
NMDA-R antagonist	amantadin	+	+	+
Dopamin agonista	ropinirol	+	+	+
	pramipexol	+	+	+
	rotigotin	+	+	+
	apomorphin	+	-	+
COMT-gátló	entacapone	+	-	+
	tolcapone**	-	-	+**
	opicapone	-	-	+
Levodopa + DDC	levodopa/benserazide	+	+	+
	levodopa/carbidopa	-	+	+
Levodopa + DDC + COMT-gátló	levodopa/carbidopa/entacapone	+	-	+
Intesztinális levodopa	levodopa/carbidopa (LCIG)	+	-	+
	levodopa/entacapone/carbidopa (LECIG)	-	-	+

+ jelentése: elérhető (2022. szeptemberi állapot) vagy ajánlott

- jelentése: nem elérhető TB finanszírozással vagy nem ajánlott

\* safinamide MAO-B gátlás hatás mellett nátriumcsatorna-blokkoló hatással is rendelkezik

\*\* csak másodvonalbeli kezelésként használható

Dopaminerg gyógyszerekre vonatkozó közös biztonságossági figyelmeztetések

### Ajánlás18

**Dopaminerg gyógyszerek mellett gyakran jelennek meg perifériás és centrális dopaminerg mellékhatások, úgymint hányinger, hányás, ortosztatikus hipotenzió, zavartság, impulzuskontroll-zavarok, pszichiátriai problémák és nappali aluszékonyosság. Dopaminerg gyógyszerek használatakor minden orvos-beteg kapcsolat során szűrni szükséges a dopaminerg gyógyszerek által potenciálisan előforduló problémák és mellékhatások jelenlétét. (A)**

Az alábbi mellékhatások a dopamin agonista gyógyszereknél a legkifejezettebb, azonban az összes antiparkinson gyógyszernél leírásra kerültek.

- Nappali aluszékonyság és hirtelen elalvási epizódok. Nappali tevékenység közben ritkán előfordulhat hirtelen elalvás, mely némely esetben észrevétlenül és figyelmeztető jelek nélkül léphet fel. A betegeket tájékoztatni kell erről, és figyelmüket fel kell hívni arra, hogy a kezelés alatt fokozott óvatossággal vezessenek gépjárművet vagy működtessenek gépeket. Azok a betegek, akiknél már előfordult aluszékonyság és/vagy hirtelen elalvás, nem vezethetnek gépjárművet és nem működtethetnek gépeket a tünetek teljes megszűnéséig, vagy ameddig kezelőorvosuk ezt nem engedélyezi.
- Impulzuskontroll-zavarok. A betegeket monitorozni kell az impulzuskontroll-zavarok kialakulása szempontjából. A betegeket és a gondozóikat tájékoztatni kell arról, hogy a dopaminerg gyógyszerekkel kezelt betegeknél az impulzuskontroll-zavarokra jellemző viselkedésbeli tünetek alakulhatnak ki, beleértve a kóros játékszenvedélyt, fokozott libidót, hiperszexualitást, kényszeres költekezést vagy vásárlást, a céltalan pakolást, az ivási és/vagy falási rohamokat, a kényszeres evést, internetfüggőséget és bármilyen kényszeres cselekvést, illetve ezek kombinációját. Ezen ICD tünetek megjelenése nemcsak testi és lelki, hanem szociális problémákat is előidézhetnek, illetve a dopaminerg kezelési lehetőségeket erősen korlátozhatják.
- Hipománia-mánia. A kezelés megkezdése előtt ajánlott a betegek szűrése affektív zavarok irányában, ami szükségessé teszi nemcsak a depresszió, hanem korábban előforduló hipománia-mánia azonosítását is. Különösen veszélyeztetettek a ciklotim, esetleg bipoláris 2. betegségben szenvedő betegek. A kezelés során a betegeket monitorozni kell a mánia esetleges kialakulása szempontjából. A betegeket és a gondozóikat tájékoztatni kell arról, hogy a kezelt betegeknél mániás tünetek alakulhatnak ki impulzuskontroll-zavarok tüneteivel együtt vagy azok nélkül.
- Neuroleptikus malignus szindróma, akinetikus krízis. Neuroleptikus malignus szindrómára, akinetikus kírzisre utaló tüneteket jelentettek a dopaminerg-terápia hirtelen abbahagyása esetén, így a dopaminerg gyógyszerelést nem szabad hirtelen leállítani.
- Hipotónia. A hipotónia vagy ortosztatikus hipotónia veszélye miatt a súlyos kardiovaszkuláris betegségben (különösen coronaria elégtelenségben) szenvedő betegeknél ajánlatos a vérnyomás rendszeres ellenőrzése, különösen a kezelés kezdetén.
- Pszichiátriai vagy pszichotikus zavarok, hallucinációk. A hallucinációk a dopaminerg kezeléseknél ismert mellékhatásai. A betegeket tájékoztatni kell arról, hogy hallucinációk jelentkezhetnek.

### **Monoaminoxidáz-B (MAO-B) enzimgátlók**

#### Ajánlás19

**MAO-B enzimgátlók a Parkinson-kór korai időszakában monoterápiában vagy kombinációban, míg a motoros komplikációkat mutató késői időszakban kombinációban alkalmazhatók. (A)**

A selegiline és rasagiline a dopamin metabolizálásában résztvevő MAO-B (monoamin-oxidáz-B) enzim szelektív, irreverzibilis, míg a safinamide ugyanezen enzim reverzibilis gátlója.

A MAO-B enzim gátlása révén megakadályozzák a dopamin lebomlását, ami nagyobb dopamin elérhetőséget eredményez. Állatkísérletek alapján más, a MAO-B gátláson kívüli mechanizmus is hozzájárulhat a klinikai hatásukhoz. A MAO-B enzimgátlók a levodopánál és a dopamin agonista gyógyszereknél gyengébb tüneti hatással rendelkeznek, de mellékhatás-profiljuk sok szempontból lényegesen kedvezőbb [68].

#### **Selegiline**

A selegiline egy magyar fejlesztésű irreverzibilis MAO-B enzimgátló gyógyszer, aminek a metabolitja az amfetamin és a metamfetamin [69], [70]. Egyaránt alkalmazhatók a PK kezdeti [21] és késői fázisában [20].

Jelenleg nem elérhető Magyarországon.

**Ajánlás20**

**A selegiline a Parkinson-kór korai időszakában monoterápiában vagy kombinációban, míg a motoros komplikációkat mutató késői időszakban kombinációban alkalmazható. (A)**

**Hatásosság**

Jelenleg nincs elégséges adat arra vonatkozóan, hogy a selegiline betegség lefolyást módosító hatással rendelkezik. A selegiline hatásos monoterápiában is a betegség kezdeti szakaszában. A selegiline nem hatásos a levodopa okozta diszkinéziák rizikójának csökkentésére, nincs elégséges adat arra, hogy motoros fluktuációk megelőzésében hatékony lenne. Nincs elégséges adat arra, hogy a selegiline motoros komplikációk kezelésében hatékony lenne [24].

**Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján a selegiline használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható, azonban amfetamin metabolitokkal rendelkezik. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül. Idősebbekben alvászavart, agitáltságot, hallucinációt idézhet elő és számos antidepresszáns kezeléssel interakcióba léphet szerotonin-szindrómát vagy sajtreakciót kiváltva.

**Rasagiline**

A rasagiline egy újabb generációs MAO-B enzimgátló, aminek a lebomlása során sem keletkezik amfetamin-származék. Klinikai vizsgálatok alapján felmerül a lehetősége, hogy a rasagiline neuroprotektív hatással rendelkezne, azaz képes lehet a betegség progressziójának a késleltetésére [29]. Azonban ezen feltételezés tisztázására további vizsgálatok elvégzése szükséges [30]

**Ajánlás21**

**A rasagiline a Parkinson-kór korai időszakában monoterápiában vagy kombinációban, míg a motoros komplikációkat mutató késői időszakban kombinációban alkalmazható. (A)**

**Indikáció és dózis**

Monoterápiában és levodopával kombinálva is használhatók. (13. táblázat)

**13. táblázat:** Rasagiline alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
rasagiline	– Parkinson-kór: monoterápiában (levodopa-kezelés nélkül) vagy adjuváns kezelésként (levodopa-kezelés mellett) a dózis-végi („end-of-dose”) fluktuációkat mutató betegeknél	– ajánlott adagja naponta egyszer 1 mg

**Hatásosság**

Jelenleg nincs elégséges adat arra, hogy a rasagiline betegség lefolyást módosító hatással rendelkezne. A rasagiline monoterápiában hatásos a betegség kezdeti szakaszában. (A szint). A rasagiline hatásos korai kombinációban, illetve késői kombinációban levodopával motoros fluktuációk kezelésében. Nincs elégséges adat arra, hogy a rasagiline a motoros szövődmények megelőzésében hatékony lenne [24].

**Biztonságosság**

Vizsgálatok alapján a rasagiline használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható, dopaminerg hatásnak megfelelőek. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül.

A selegilinnel ellentétben a rasagiline nem metabolizálódik amfetaminná, és nincs szimpatomimetikus hatása sem. Mint minden dopaminerg gyógyszer, a MAO-B-gátlók is számos dopaminerg mellékhatást okozhatnak. A jelenleg ajánlott napi adagok mellett a tiramin által kiváltott magas vérnyomás (a „sajthatás”) kockázata alacsony.

A rasagiline alkalmazása súlyos májkárosodásban szenvedő betegek esetén ellenjavallt, míg mérsékelt májkárosodásban szenvedő betegek esetén kerülendő.

A rasagiline nappali álmoosságot, aluszékonyságot és esetenként – különösen más dopaminerg gyógyszerekkel együtt alkalmazva – a napi tevékenységek közbeni elalvást okozhat.

A forgalomba hozatalt követően a rasagiline esetében is érkeztek ICD-k előfordulásáról szóló jelentések. A betegeknek rendszeresen monitorozni kell az impulzuskontroll-zavarok kialakulását. A betegeket és gondozóikat tájékoztatni kell arról, hogy a rasagilinnel kezelt betegeknél az impulzuskontroll-zavarokra jellemző viselkedésbeli tünetek alakulhatnak ki, beleértve a kényszeres viselkedést, rögeszmés gondolatokat, kóros játékszenvedélyt, fokozott libidót, hiperszexualitást, impulzív viselkedést és kényszeres költekezést vagy vásárlást, kényszeres evést.

Súlyos mellékhatásokat jelentettek a SSRI-k, SNRI-k, triciklusos/tetraciklusos antidepresszánsok MAO-inhibitorokkal történő együtt adása esetén. Ezért a rasagiline MAO-gátló aktivitását figyelembe véve az antidepresszánsok rasagilinnel óvatosan alkalmazandók.

#### **Kombinált MAO-B gátló és csatorna blokkoló készítmények**

Olyan készítmények, melyek MAO-B enzimgátló hatás mellett csatornablokkoló hatásmechanizmussal is rendelkeznek.

#### **Zonisamide**

A Na-csatorna blokkoló, MAO-B enzimgátló és glutamát felszabadulást gátló hatással rendelkező zonisamide Magyarországon jelenleg monoterápiaként szekunder generalizálódó vagy nem generalizálódó parciális görcsrohamokban szenvedő, újonnan diagnosztizált felnőtt epilepsziás betegeknél és kiegészítő kezelésként szekunder generalizálódó vagy nem generalizálódó parciális görcsrohamokban szenvedő felnőtteknél, serdülőknél, valamint 6 éves és idősebb gyermekeknél rendelkezik törzskönyvi indikációval. Számos országban levodopa kiegészítő kezelésként a Parkinson-kór motoros tüneteinek kezelésére is engedélyezték.

A Nemzetközi Parkinson és Mozdulászavar Társaság irányelve alapján [24] mind a korai (stabil) és motoros komplikációk tüneteit mutató késői időszakban hatékony a motoros tünetek kezelésére. Antidiszkinetikus hatására azonban nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték.

#### **Ajánlás22**

**Magyarországon indikáción túli alkalmazásnak számít a zonisamide Parkinson-kór tüneteire való alkalmazása, így rutinszerű használata jelenleg nem javasolt a PK kezelésére. (C)**

#### **Safinamide**

A safinamide egy szelektív MAO-B gátló, amely csökkenti a dopamin lebomlását. A rasagilinnel ellentétben hatása reverzibilis. A safinamide emellett gátolja a glutamát felszabadulását, valamint a dopamin és szerotonin visszavételét is. A nátrium- és kalcium-csatornákat is gátolja, azonban e hatás jelentősége antiparkinson hatása szempontjából nem ismert.

#### **Ajánlás23**

**A safinamide motoros komplikációk esetén a levodopa kezelés kiegészítésére ajánlott. (A)**

#### **Indikáció és dózis**

Levodopával kombinálva használható a motoros komplikációkat mutató betegeknél [21] (14. táblázat). Korai (stabil) Parkinson-kór tüneteinek kezelésére azonban nem hatékony [21] és nem rendelkezik törzskönyvi indikációval sem.

**14. táblázat:** A safinamide alkalmazása [saját szerkesztés]

<b>Hatóanyag</b>	<b>Indikációk (alkalmazási előirat alapján)</b>	<b>Dózis (alkalmazási előirat alapján)</b>
safinamide	– Parkinson-kórban szenvedő felnőtt betegek számára önmagában vagy egyéb PD gyógyszerrel együtt alkalmazott stabil dóziséjú levodopa (L-DOPA) kiegészítő kezeléseként javasolt, a középső-késői szakaszban fluktuációkat mutató betegeknél.	– napi 50 mg-os adaggal kell elkezdni – az egyéni klinikai szükséglet függvényében ez az adag napi 100 mg-ra növelhető



**Hatásosság**

Jelenleg nincs elégséges adat arra, hogy a safinamide betegség lefolyást módosító hatással rendelkezzen. A PK korai időszakának kezelésére nem rendelkezik törzskönyvi indikációval, így korai szakban nem alkalmazható. A safinamide hatásos késői kombinációban levodopával motoros fluktuációk kezelésére. Nincs elégséges adat arra, hogy a safinamide a motoros szövődmények megelőzésében hatékony lenne [24].

**Biztonságosság**

Vizsgálatok alapján a safinamide használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható, a dopaminerg hatásnak megfelelőek. A safinamide alkalmazása súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknél ellenjavallt. Más MAO-gátlók esetében jelentették néhányszor ICD előfordulását. A betegeknek és a gondozóknak ismerniük kell az ICD-kre jellemző azon viselkedési tüneteket, amelyeket a MAO-gátlókkal kezelt betegek körében figyeltek meg.

**Antikolinerg gyógyszerek**

Az antikolinerg szerek voltak az első gyógyszerek a Parkinson-kór kezelésére.

Magyarországon elérhető biperiden és procyclidin legfontosabb indikációja a nyugalmi tremor csillapítása. A többi parkinsonos tünetet általában csak minimális mértékben enyhítik [21]. Alkalmazásukat számos kolinerg mellékhatás limitálja, úgy mint kognitív teljesítményromlás, vizelet- és székrekedés, látászavar, szájszárazság kialakulása, szemnyomás fokozódása, illetve agitáltság vagy zavartság megjelenése [21].

**Prociklidin és biperiden****Ajánlás<sup>24</sup>**

**Az antikolinerg gyógyszerek a nem demens, tremor domináns, Parkinson-kóros betegek, illetve az antipszichotikumok szedése mellett létrejött Parkinson szindrómában használhatók. Kedvezőtlen mellékhatásprofiljuk miatt a lehető legalacsonyabb hatékony dózisban, a lehető legrövidebb ideig szükséges alkalmazni. (B)**

**Indikáció és dózis**

Magyarországon jelenleg a biperiden és prociklidin van forgalomban, míg egyedi importtal a trihexyphenyidil is elérhető. (15. táblázat)

**15. táblázat:** Az antikolinerg gyógyszerek alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
Procyclidin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór</li> <li>– parkinsonos nyálfolyás, izzadás</li> <li>– neuroleptikum által előidézett extrapiramidális tünetek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– szokásos kezdő adag 2,5 mg prociklidin naponta 3-szor, ami napi 2,5–5 mg-mal emelhető 2-3 naponként</li> <li>– hatásos fenntartó adag általában 10-30 mg prociklidin/nap</li> <li>– maximális adag: 60 mg/nap</li> </ul>
Biperiden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór</li> <li>– parkinsonos nyálfolyás, izzadás</li> <li>– neuroleptikum által előidézett extrapiramidális tünetek</li> <li>– nikotinmérgezés</li> <li>– szerves foszforvegyületek okozta mérgezés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– kezdetben napi 2-szer 1 mg (2 x 1/2 tableta) adható</li> <li>– az adag naponta mintegy 2 mg-mal növelhető</li> <li>– fenntartó adag 3-4x1/2-2 tableta</li> <li>– maximális adag: 16 mg/nap</li> </ul>

**Hatásosság**

Jelenleg nincs elégséges adat arra vonatkozóan, hogy az antikolinerg szerek lassítják a betegség progresszióját. Az antikolinerg szerek valószínűleg hatékonyak monoterápiában és levodopával kombinálva. Jelenleg nincs

elegendő adat arra vonatkozólag, hogy az antikolinerg szerek a motoros komplikációk rizikójának csökkentésében és kezelésében hatékonyak volnának [24].

### **Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján az antikolinerg szerek használata alapvetően biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható és speciális monitorozást nem igényelnek [19].

Az antikolinerg szerek alkalmazhatóságának korlátja a gyógyszerek mellékhatás profilja: centrális és perifériás antikolinerg hatások (kognitív teljesítmény romlása, konfúzió, hallucinózis, szájszárazság, obstipáció, testtartási instabilitás fokozása, elesési hajlam fokozódása stb.). Ellentmondásos adatok vannak arról, hogy a tartós antikolinerg használat akár irreverzibilis kognitív teljesítményromláshoz vagy Alzheimer-típusú neuropatológiai jelenségek kialakulásához is vezethet [71], [72].

### **Ajánlás25**

#### **Antikolinerg gyógyszer alkalmazása előtt javasolt a beteg által szedett gyógyszerek antikolinerg potenciáljának felmérése. (B)**

Mivel antikolinerg hatással számos társszaktám által indikált készítmény rendelkezik (például antihisztaminok, vizeleési zavar kezelésére szolgáló gyógyszerek egy része, antipszichotikumok, antidepresszánsok egy része), fontos az antikolinerg összhatás megítélése [73], [74]. A nagyobb antikolinerg összhatás fokozza a kolinerg mellékhatások megjelenését, ami nagyobb eséllyel bekövetkező kognitív romlást, fokozott elesési hajlamot, gyakoribb szívritmuszavart és magasabb halálozási kockázatot jelent [75-77].

A nagy antikolinerg potenciállal rendelkező gyógyszerek listáját magában foglaló Antikolinerg Rizikó Skála táblázatban található. (16. táblázat)

**16. táblázat:** Antikolinerg Rizikó Skála és a fontosabb gyógyszerek antikolinerg potenciáljának felmérése [74]

<b>3 pont</b>	<b>2 pont</b>	<b>1 pont</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Amitriptyline hydrochloride</li> <li>· Atropine products</li> <li>· Benztropine mesylate</li> <li>· Carisoprodol</li> <li>· Chlorpheniramine maleate</li> <li>· Chlorpromazine</li> <li>· Cyproheptadine hydrochloride</li> <li>· Dicyclomine hydrochloride</li> <li>· Diphenhydramine hydrochloride</li> <li>· Fluphenazine hydrochloride</li> <li>· Hydroxyzinehydrochloride</li> <li>· Hydroxyzine pamoate</li> <li>· Hyoscyamine products</li> <li>· Imipramine hydrochloride</li> <li>· Meclizine hydrochloride</li> <li>· Oxybutynin chloride</li> <li>· Perphenazine</li> <li>· Promethazine hydrochloride</li> <li>· Thioridazine hydrochloride</li> <li>· Thiothixene</li> <li>· Tizanidine hydrochloride</li> <li>· Trifluoperazine hydrochloride</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Amantadine hydrochloride</li> <li>· Baclofen</li> <li>· Cetirizine hydrochloride</li> <li>· Cimetidine</li> <li>· Clozapine</li> <li>· Cyclobenzaprine hydrochloride</li> <li>· Desipramine hydrochloride</li> <li>· Loperamide hydrochloride</li> <li>· Loratadine</li> <li>· Nortriptyline hydrochloride</li> <li>· Olanzapine</li> <li>· Prochlorperazine maleate</li> <li>· Pseudoephedrine hydrochloride–</li> <li>· Triprolidine hydrochloride</li> <li>· Tolterodine tartrate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Carbidopa-levodopa</li> <li>· Entacapone</li> <li>· Haloperidol</li> <li>· Methocarbamol</li> <li>· Metoclopramide hydrochloride</li> <li>· Mirtazapine</li> <li>· Paroxetine hydrochloride</li> <li>· Pramipexole dihydrochloride</li> <li>· Quetiapine fumarate</li> <li>· Ranitidine hydrochloride</li> <li>· Risperidone</li> <li>· Selegiline hydrochloride</li> <li>· Trazodone hydrochloride</li> <li>· Ziprasidone hydrochlorid</li> </ul>

*Magyarázat: A nagyobb pontszám, nagyobb antikolinerg hatást jelent. Az antikolinerg rizikó skála pontszámának kiszámításához az adott beteg esetében azonosítsa a beteg által szedett gyógyszereket, és adja össze az egyes gyógyszerek összpontszámát [74].*

### **NMDA glutamát receptor blokkoló**

#### **Amantadin**

Az antivirális szerként is használt amantadin hatásmechanizmusa nem pontosan ismert. Fokozza a preszinaptikus terminálokon a dopamin felszabadulást, posztzinaptikusan gátolja a dopamin visszavételt. Emellett enyhe antikolinerg, illetve NMDA glutamát receptor blokkoló hatást is tulajdonítanak neki.

#### **Ajánlás26**

**Amanatadin Parkinson-kórban monoterápiában és levodopával kombinálva is használható a motoros tünetek enyhítésére. Az amantadin antidiszkinetikus hatással rendelkezik, azaz a hiperkinetikus tüneteket javítja, így a hiperkinetikus állapotok kezelésére javasolt használni. (A)**

#### **Indikáció és dózis**

Magyarországon jelenleg az amantadin-szulfát és amantadin-hidroklorid van forgalomban. Indikációs területük nem demens, Parkinson-kóros betegekre korlátozódik. Kedvező hatásúak lehetnek az antipszichotikumok szedése mellett létrejött Parkinson szindrómában.

#### **17. táblázat:** Az amantadin alkalmazása [saját szerkesztés]

<b>Hatóanyag</b>	<b>Indikációk (alkalmazási előirat alapján)</b>	<b>Dózis (alkalmazási előirat alapján)</b>
amantadin-szulfát	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór</li> <li>– neuroleptikumok által előidézett extrapiramidális tünetek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– az első 4-7 napban napi egy 100 mg tablettát, ezután hetente egy tablettával lehet növelni a napi adagot</li> <li>– hatásos fenntartó adag általában naponta kétszer 1-3 db 100 mg tablettát</li> <li>– maximális adag: 600 mg/nap</li> <li>– „napi utolsó adagot nem szabad délután 4 óra után bevenni”</li> </ul>
amantadin-hidroklorid	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór</li> <li>– Parkinson szindrómák egy része (például szén-monoxid mérgezés, posztkommissziós)</li> <li>– neuroleptikumok által előidézett parkinsonizmus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– az első héten 100 mg naponta, majd növelendő napi 2x100 mg-ra</li> <li>– az adag csak lépcsőzetesen, legalább 1 hetes időközökkel emelhető.</li> <li>– maximális adag: 400 mg/nap</li> </ul>

#### **Hatásosság**

Jelenleg nincs elégséges adat arra vonatkozóan, hogy az amantadin a betegség progresszióját lassítaná. Az amantadin monoterápiában valószínűleg hatásos a betegség kezdeti szakaszában [20]. Az amantadin hatásos levodopával kombinálva [24]. Nincs elegendő adat arra, hogy az amantadin hatékony a motoros komplikációk rizikójának csökkentésére [24]. Az amantadin hatékony levodopa indukálta diszkinéziák kezelésében [24].

#### **Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján az amantadin használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül.

A mellékhatások általában enyhék, leggyakrabban szédülés, szorongás, koordinációs zavarok és álmatlanság (>5%), hányinger és hányás (5-10%), valamint fejfájás, rémálmok, ataxia, zavartság/agitáció, álmoság, székrekedés/hasmenés, anorexia, xerostómia és livedo reticularis (<5%). Kevésbé gyakori mellékhatások közé tartozik a pszichózis, a kóros gondolkodás, az amnézia, a beszéd elmosódottsága, a hiperkinézia, a magas vérnyomás, a vizelet retenció, a csökkent libidó, a légzési zavar, a kiütés és az ortosztatikus hipotenzio (krónikus alkalmazás során).

Az alkalmazási előirat szerint a kezelés megkezdése előtt, illetve 1 és 3 hét múlva EKG-t kell készíteni, és meg kell határozni a korrigált QT időt (QTc). Hasonlóképpen, bármilyen dóziszemelés előtt és 2 héttel később is EKG-t

kell készíteni. Emellett legalább évente egyszer ellenőrizni kell az EKG-t. A kezelést nem szabad elkezdni, illetve meg kell szakítani akkor, ha a QTc kiindulási értéke meghaladja a 420 ms-ot, ha a QTc több mint 60 ms-mal nő az amantadin kezelés alatt, vagy ha a QTc értéke meghaladja a 480 ms-ot az amantadin kezelés alatt, illetve akkor, ha az EKG-n U hullám jelenik meg.

Veseműködési zavar esetén a glomerulus filtrációs ráta (GFR) alapján a vese-clearance csökkenésétől függően kell beállítani az adagolást.

### **Dopamin agonisták**

#### **Ajánlás27**

**Dopamin agonista gyógyszerek a korai (stabil) Parkinson-kórban monoterápiában és kombinációban, míg a késői betegség stádiumban levodopával kombinálva használhatók. A stabilabb hatás, a jobb beteg compliance érdekében a Parkinson-kór kezelésére elsősorban a hosszú hatású retard készítmények használata javasolt. (A)**

A dopamin agonisták a posztzinaptikus dopamin receptorok közvetlen stimulálásával fejtik ki hatásukat. A levodopával ellentétben nem kell átalakulniuk aktív vegyületté, illetve nem függnek a túlélő (dopaminerg) sejtektől. Hátrányuk a levodopával szemben a gyengébb tüneti hatás, valamint a természetes, vagy szerkezeti dopamintól eltérő receptorcsoport hatás, amely egyúttal nem eléggé szelektív receptor affinitást is jelent.

Általánosan elfogadott, hogy a közös D<sub>2</sub>-szerű receptor agonista aktivitás okozza a tüneti antiparkinsonos hatást. Ez a D<sub>2</sub>-hatás magyarázza a perifériás (gyomor-bélrendszeri hányinger és hányás), a kardiovaszkuláris (ortosztatikus hipotenzió) és a neuropszichiátriai (szomnolencia, pszichózis és hallucinációk) mellékhatásokat is.

A jelenleg a Parkinson-kór kezelésére forgalmazott tíz dopamin-agonista közül öt ergot-származék (bromokriptin, kabergolin, dihidroergokriptin, lisurid és pergolid), öt pedig nem ergot-származék (apomorfin, piribedil, rotigotin, pramipexol és ropinirol). Az apomorfintól eltekintve, amely csak szubkután használható (penject és pumpák), a dopamin-agonisták szájon át vagy transzdermálisan alkalmazhatók.

#### **Dopamin agonisták közös hatékonysági jellemzői**

Az apomorfin kivételével a többi DA monoterápiában is alkalmazható korai PK-ban. Jelenleg nincs megfelelő evidencia arra, hogy sorrendet lehessen felállítani a dopamin agonisták között a hatásosság, a fluktuációk késleltetése szempontjából. A klinikai gyakorlatban előfordul, hogy egyik dopamin agonista másikra váltása válik szükségessé. Az egyik napról a másikra (egy éjszaka alatti) való váltás a hagyományos és a 24 órás, elhúzódó felszívódású ropinirol és pramipexol között lehetséges, míg általában az agonisták között is ismert.

A levodopa hatásosabb, mint bármely szájon át alkalmazott dopamin-agonista monoterápia. Nincs publikált összehasonlítás az agonista monoterápia és bármely más antiparkinson gyógyszer között a korai Parkinson-kórban. A legtöbb agonista esetében az UPDRS-pontszámok változásai általában nagyobbak, mint a MAO-B-gátlók esetében, ami az agonisták nagyobb tüneti hatására utal.

Az agonista monoterápián maradni képes betegek aránya az idő múlásával fokozatosan csökken, és 5 év kezelés után <20%-ra csökken. Emiatt néhány év kezelés után az agonistával kezelt betegek többsége levodopát kap helyettesítő vagy kiegészítő kezelésként a motoros parkinsonos tünetek megfelelő kontrollálása érdekében.

Előrehaladott Parkinson-kórban a dopamin-agonista kezelés csökkentette az OFF-epizódok időtartamát [24] a pramipexol, a ropinirol, a rotigotin és az apomorfin intermittáló szubkután injekció vagy folyamatos infúzió esetében [19], [20].

#### **Dopamin agonistákra vonatkozó közös biztonságossági figyelmeztetések**

#### **Ajánlás28**

**Minden orvos-beteg kapcsolat során a dopamin-agonista gyógyszerek mellékhatásait szűrni kell. (A)**

DA kezelés mellett dopaminerg mellékhatások gyakran jelennek meg, úgymint hányinger, hányás, ortosztatikus hipotenzió, zavartság, pszichózis és aluszékonyság. A legtöbb agonistánál gyakran megfigyelhető perifériás lábödéma is (a levodopa adagolás során előforduló mértékhez képest gyakrabban).

- Nappali aluszékonyság és hirtelen elalvási epizódok. DA kezelés kapcsán, különösen Parkinson-kórban szenvedőknél, előfordulhat aluszékonyság és hirtelen elalvási epizód. Nappali tevékenység közben ritkán előfordulhat hirtelen elalvás, mely némely esetben észrevétlenül és figyelmeztető jelek nélkül léphet fel. A betegeket tájékoztatni kell erről, és figyelmüket fel kell hívni arra, hogy a DA kezelés alatt fokozott óvatossággal

vezessenek gépjárművet vagy működtessenek gépeket. Azok a betegek, akiknél már előfordult aluszékonyág és/vagy hirtelen elalvás, nem vezethetnek gépjárművet és nem működtethetnek gépeket, ameddig kezelőorvosuk nem engedélyezi. Mérlegelhető a dózis csökkentése vagy a kezelés leállítása.

- **Impulzuskontroll-zavarok.** A betegeket monitorozni kell az impulzuskontroll-zavarok kialakulása szempontjából. A betegeket és a gondozóikat tájékoztatni kell arról, hogy a dopamin-agonistákkal kezelt betegeknél az impulzuskontroll-zavarokra jellemző viselkedésbeli tünetek alakulhatnak ki, beleértve a kóros játékszenvedélyt, fokozott libidót, hiperszexualitást, kényszeres költekezést vagy vásárlást, falási rohamokat és a kényszeres evést. Amennyiben ezen tünetek valamelyike kialakul, meg kell fontolni az adag csökkentését vagy a kezelés fokozatos abbahagyását.
- **Mánia.** A betegeket monitorozni kell a mánia kialakulása szempontjából. A betegeket és a gondozóikat tájékoztatni kell arról, hogy a dopamin-agonistákkal kezelt betegeknél mániás tünetek alakulhatnak ki, impulzuskontroll-zavarok tüneteivel együtt vagy azok nélkül.
- **Neuroleptikus malignus szindróma.** Neuroleptikus malignus szindrómára utaló tüneteket jelentettek a dopaminerg-terápia hirtelen abbahagyása esetén. Ezért a kezelés leállításakor fokozatosság ajánlott.
- **Hipotónia.** A hipotónia és az ortosztatis hipotónia veszélye miatt a súlyos kardiovaszkuláris betegségben (főleg coronaria elégtelenségben) szenvedő betegeknél ajánlatos a vérnyomás rendszeres ellenőrzése, különösen a kezelés kezdetén.
- **Dopamin-agonista megvonási szindróma (DAWS).** Dopamin-agonista megvonási szindróma (dopamine agonist withdrawal syndrome, DAWS) előfordulását jelentették dopamin-agonista gyógyszerekkel kapcsolatban. Parkinson-kórban szenvedő betegeknél a terápia abbahagyása esetén a DA dózist fokozatosan kell csökkenteni. Korlátozott számú adat alapján az impulzuskontroll-zavarokban szenvedő betegek, valamint a magasabb napi dopamin-agonista dózist és/vagy magasabb kumulatív dopamin-agonista dózist kapó betegek esetében fokozott lehet a DAWS kialakulásának a kockázata. A megvonási tünetek közé tartozik az apátia, a szorongás, a depresszió, a fáradtságérzés, az izzadás, valamint a fájdalom, és ezek nem befolyásolhatók levodopával. A fokozatos dóziscsökkentés megkezdése és a gyógyszer leállítása előtt a betegeket tájékoztatni kell az esetleges megvonási tünetekről. A betegeket monitorozni kell a dóziscsökkentés és a leállítás ideje alatt egyaránt. Súlyos és/vagy perzisztáló megvonási tünetek esetén megfontolandó a DA esetleges átmeneti újbóli alkalmazása a legalacsonyabb hatásos dózis adásával.
- **Pszichiátriai vagy pszichotikus zavarok.** Súlyos pszichiátriai vagy pszichotikus betegek, vagy akik kórelőzményében ilyen betegség előfordult, csak akkor kezelhetők dopamin agonistával, ha a kezelés várható előnyei meghaladják annak kockázatát.
- **Hallucinációk.** A hallucinációk a dopamin-agonista és levodopa kezelések ismert mellékhatása. A betegeket tájékoztatni kell arról, hogy hallucinációk jelentkezhetnek.

### **Bromokriptin**

Alkalmazása PK-ban háttérbe szorult. A Magyarországon elérhető bromokriptin készítmények törzskönyvéből törlésre került a Parkinson-kór, így alkalmazásuk nem javasolt.

### **Ajánlás29**

**Magyarországon forgalomban lévő bromokriptin készítmény alkalmazási előiratában a Parkinson-kór nem szerepel az indikációk között, így alkalmazása indikáción túli alkalmazásnak számít PK-ban. Ergot-vázis dopamin agonista készítmények csak másodvonalbeli kezelésre alkalmazhatók a kedvezőtlen mellékhatásprofiljuk miatt, így a bromokriptin Parkinson-kór kezelésére való alkalmazása nem javasolt. (A)**

### **Hatásosság**

Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a bromokriptin neuroprotektív hatású volna. Nincs megfelelő I. szintű placebo-kontrollált vizsgálat bromokriptin monoterápiában történő alkalmazásával, de az adatok alapján a gyógyszer valószínűleg hatásos monoterápiában is a betegség kezdeti szakaszában. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a bromokriptin hatásos lenne korai kombinációban stabil, nem fluktuáló betegeken.

A bromokriptin hatásos a levodopa okozta motoros komplikációk rizikójának csökkentésére, illetve valószínűleg hatásos motoros komplikációk kezelésére [24].

**Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján a bromokriptin, mint bármely más ergot alapú dopamin agonista, nem javasolt első szerként való alkalmazásra a szív valvularis fibrózisának lehetősége miatt. Hasonlóan előfordulhat pleuropulmonális/retroperitoneális fibrózis is. Alkalmazása esetén félévente szív ultrahang vizsgálat végzése javasolt. Hazánkban nincs egyéb ergot-származék törzskönyvezve.

**Ropinirol****Ajánlás30**

**A ropinirol a PK korai (stabil) és komplikált (szövődményes) stádiumában is használható. A kezelés beállítása során az optimális (nem túl alacsony és nem túl magas) dózist a készítmény alkalmazási előiratának megfelelően, a beteg tüneteinek figyelembevételével kell meghatározni. (A)**

**Indikáció és dózis**

Magyarországon jelenleg rövid és hosszú hatású ropinirol is forgalomban van. Korai (stabil) Parkinson-kórban monoterápiában és levodopával kombinálva is adhatók, míg a késői (szövődményes) betegség stádiumban levodopával kombinálva használhatók a motoros tünetek enyhítésére [24]. (18. táblázat)

**18. táblázat:** A ropinirol alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
rövid hatású ropinirol	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór</li> <li>– Kezdeti kezelés monoterápiában, a levodopa terápia megkezdésének késleltetése érdekében.</li> <li>– Levodopával kombinációban a betegség folyamán, amikor a levodopa hatása csökken vagy nem egyenletes, és a terápiás hatás ingadozása következik be</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– a kezdő adag naponta 3-szor 0,25 mg egy hétig</li> <li>– 2. héten 3x0,5 mg</li> <li>– 3. héten 3x0,75 mg</li> <li>– 4. héten 3x1 mg</li> <li>– ezt követően az adag hetente emelhető, naponta 3-szor 0,5 mg-mal</li> <li>– Terápiás hatás 3-9 mg/nap közötti adagok alkalmazása esetén várható</li> <li>– Maximális adag: 24 mg/nap</li> </ul>
hosszú hatású ropinirol	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór</li> <li>– Kezdeti kezelés monoterápiában, a levodopa terápia megkezdésének késleltetése érdekében.</li> <li>– Levodopával kombinációban a betegség folyamán, amikor a levodopa hatása csökken vagy nem egyenletes, és a terápiás hatás ingadozása következik be („end-of-dose” vagy „ON-OFF” fluktuációk).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– javasolt kezdő dózisa 2 mg naponta egyszer, az első héten.</li> <li>– a napi adag hetenként vagy hosszabb időközönként naponta egyszer 2 mg-mal emelhető</li> <li>– Terápiás válasza a napi egyszeri 4 mg adagnál lehet számítani.</li> <li>– Maximális adag: 24 mg/nap</li> </ul>

**Hatásosság**

Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a ropinirol neuroprotektív vagy betegség lefolyást módosító hatású volna. A ropinirol monoterápiában hatásos a betegség kezdeti szakaszában. A ropinirol hatásos levodopa kombinációban a motoros komplikációkban szenvedő és az előrehaladott stádiumú betegekben. A ropinirol hatásos a levodopa okozta motoros komplikációk késleltetésére [24].

**Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján az ropinirol használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül. Alkalmazása ellenjavallt súlyos májkárosodásban és hemodialízis nélkül súlyos vesekárosodásban (kreatinin-clearance <30 ml/perc). Alkalmazása során a dopaminerg mellékhatásokat szűrni kell.

## Pramipexol

### Ajánlás31

**A pramipexol a PK korai (stabil) és komplikált (szövődményes) stádiumában is használható. A kezelés beállítása során az optimális (nem túl alacsony és nem túl magas) dózist a készítmény alkalmazási előiratának megfelelően, a beteg tüneteinek figyelembevételével kell meghatározni. (A)**

### Indikáció és dózis

Magyarországon jelenleg rövid és hosszú hatású pramipexol is forgalomban van. Korai (stabil) Parkinson-kórban monoterápiában és levodopával kombinálva is használhatók, míg a késői (szövődményes) betegség stádiumban levodopával kombinálva használhatók a motoros tünetek enyhítésére [24]. (19 táblázat)

**19. táblázat:** A pramipexol alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
rövid hatású pramipexol	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór okozta panaszainak és tüneteinek kezelésére javasolt, önmagában (levodopa nélkül) vagy levodopával kombinációban</li> <li>– közepesen súlyos vagy súlyos idiopátiás nyugtalan láb szindrómában szenvedő felnőtt betegek tüneti kezelésére javallott, 0,54 mg bázist (0,75 mg só) meg nem haladó adagban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– a pramipexol kezdő adagja 3x0,088 mg</li> <li>– az adag hetente emelhető</li> <li>– 2. héten 3x0,18 mg</li> <li>– 3. héten 3x0,35 mg</li> <li>– Terápiás hatás 1,05 mg/nap feletti adagok alkalmazása esetén várható</li> <li>– Maximális adag: 3,3 mg bázis (illetve 4,5 mg só)</li> </ul>
hosszú hatású pramipexol	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór okozta panaszainak és tüneteinek kezelésére javallott, önmagában (levodopa nélkül) vagy levodopával kombinációban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– kezdő adagja 0,26 mg bázis (0,375 mg só) naponta, ezt fokozatosan 5-7 napos időközönként kell növelni</li> <li>– 2. héten 1x0,52 mg</li> <li>– 3. héten 1x1,05 mg</li> <li>– Maximális adag: 3,15 mg bázis</li> </ul>

A pivotal klinikai vizsgálatok során a dózisémelés ideje alatt hatásosnak bizonyult napi adag 1,05 mg bázisra számítva (a só esetében: 1,5 mg). A további dózismódosítást a terápiás hatás és a mellékhatások megjelenésének függvényében kell végezni. A klinikai vizsgálatok résztvevőinek körülbelül 5%-át kezelték 1,05 mg bázisnál (1,5 mg sónál) alacsonyabb dózissal.

### Hatásosság

A pramipexol nem hatásos a betegség progressziójának lassítására. A pramipexol monoterápiában hatásos a betegség kezdeti szakaszában. A pramipexol hatásos levodopa kombinációban a motoros komplikációkban szenvedő és az előrehaladott stádiumú betegekben. A pramipexol hatásos a levodopa okozta motoros komplikációk rizikójának csökkentésére [24].

### Biztonságosság

A vizsgálatok alapján a pramipexol használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül.

Beszűkült veseműködés esetén csökkentett adag szükséges, míg májkárosodás esetén általában dózismódosítás nem szükséges.

Alkalmazása során a dopaminerg mellékhatásokat szűrni kell.

Parkinson-kórban szenvedő betegeknél alkalmanként axiális disztóniáról számoltak be a pramipexol kezelés megkezdése, illetve a dózis emelése kapcsán, beleértve az antekolliszt, kamptokormiát és Pisa-szindrómát. Bár a disztónia lehet a Parkinson-kór tünete, ezeknél a betegeknél a tünetek javultak a pramipexol adagjának

csökkentése, illetve a gyógyszer megvonása után. Amennyiben disztónia jelentkezik, felül kell vizsgálni a dopaminerg gyógyszeres rezsimet, és mérlegelni kell a pramipexol adagjának módosítását.

Az irodalomban található jelentések azt mutatják, hogy a nyugtalan láb szindróma dopaminerg gyógyszerrel történő kezelése augmentációt eredményezhet. Az augmentáció az esti tünetek korábbi (akár már délután történő) jelentkezését, a tünetek fokozódását és a tünetek más végtagokra való kiterjedését jelentheti.

### **Rotigotin**

#### **Ajánlás32**

**A transzdermális rotigotin a PK korai (stabil) és komplikált (szövődményes) stádiumában is használható. A kezelés beállítása során az optimális (nem túl alacsony és nem túl magas) dózist a készítmény alkalmazási előiratának megfelelően, a beteg tüneteinek figyelembevételével kell meghatározni. (A)**

#### **Indikáció és dózis**

Korai (stabil) Parkinson-kórban monoterápiában és levodopával kombinálva is használhatók, míg a késői betegség stádiumban levodopával kombinálva használhatók a motoros tünetek enyhítésére [24]. (20. táblázat)

**20. táblázat:** A rotigotin alkalmazása [saját szerkesztés]

<b>Hatóanyag</b>	<b>Indikációk (alkalmazási előirat alapján)</b>	<b>Dózis (alkalmazási előirat alapján)</b>
rotigotin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kór okozta panaszainak és tüneteinek kezelésére javallott, önmagában (levodopa nélkül) vagy levodopával kombinációban</li> <li>– közepesen súlyos vagy súlyos idiopátiás nyugtalan láb szindrómában szenvedő felnőtt betegek tüneti kezelésére</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– napi egyszeri 2 mg/24 óra adaggal kell kezdeni,</li> <li>– majd heti 2 mg/24 óra dózisémeléssel a hatásos dózísig emelni</li> <li>– Maximális adag: 8 mg/24 óra (korai PK) és 16 mg/24 óra (szövődményes PK)</li> </ul>

#### **Hatásosság**

Nincs elegendő evidencia, hogy a transzdermális rotigotin képes kivédeni/késleltetni a betegség progresszióját. A transzdermális rotigotin hatásos a Parkinson-kórban szenvedő betegek motoros tüneteinek enyhítésére monoterápiában. A transzdermális rotigotin hatásos a Parkinson-kórban szenvedő betegek motoros tüneteinek enyhítésére kombinációs terápiában [24].

#### **Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján a transzdermális rotigotin használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül. Alkalmazása során a dopaminerg mellékhatásokat szűrni kell.

### **Apomorfin**

#### **Ajánlás33**

**Az apomorfin intermittáló injekciót a motoros fluktuációk esetében, különösen a gyors javulást igénylő OFF-periódusok esetében javasolt alkalmazni. A szubkután apomorfin folyamatos infúzió kezelést az előrehaladott Parkinson-kórban szabad használni. (A)**

#### **Indikáció és dózis**

Az apomorfin nem rendelkezik törzskönyvi indikációval a korai PK kezelésére. Az apomorfin kizárólag az előrehaladott Parkinson-kórban használható a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerekkel nem kielégítően kontrollált motoros hullámzások („ON-OFF” jelenségek) kezelésére [24]. Pen (bólus) és folyamatos pumpa formában alkalmazható. (21. táblázat)



**21. táblázat:** Az apomorfin alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
apomorfin	– Parkinson-kórban szenvedő betegeknek a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerrel nem kielégítően kontrollált motoros hullámzások („ON-OFF” jelenségek) kezelése	– individuális dozírozás – kezdő adag 1 mg apomorfin-hidroklorid-hemihidrát (0,1 ml) injekció adható be szubkután – napi dózisa betegenként eltérő, jellemzően a 3-tól 30 mg-os tartományban van, amit 1 és 10 közötti alkalommal, esetenként akár napi 12 különálló injekció formájában adnak be

**Hatásosság**

Nincs elegendő evidencia, hogy az apomorfin képes kivédeni/késleltetni a betegség progresszióját. Korai PK-ban nem alkalmazható az apomorfin. Az apomorfin intermittáló injekciók klinikailag hasznosak a motoros fluktuációk esetében, különösen a gyors javulást igénylő OFF-periódusok esetében. A szubkután apomorfin folyamatos infúzióját széles körben alkalmazzák a klinikai gyakorlatban a motoros szövődeményekkel küzdő betegek kezelésére. [24]

**Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján az apomorfin használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül. A pen és a pompa használata speciális tevékenységeket igényel, melyet a beteg és gondozója számára be kell tanítani.

**Levodopa/Dekarboxiláz inhibitor****Ajánlás34**

**A levodopa/dekarboxiláz gátló készítmények a PK korai (stabil) és komplikált (szövődményes) stádiumában is használhatók. A kezelés beállítása során az optimális (nem túl alacsony és nem túl magas) dózist a készítmény alkalmazási előiratának megfelelően, a beteg tüneteinek figyelembevételével kell meghatározni. (A)**

A Parkinson-kór jelenleg is leghatékonyabb gyógyszere a levodopa, amely már több mint 50 éve áll rendelkezésünkre. A bélből felszívódó levodopa (legtöbb esetben 4:1 arányú keverékben perifériás dekarboxiláz gátlóval együtt adva) gyorsan az agyba jut, ahol átalakul dopaminná a neuronokban, illetve a glia sejtekben. A vérben a felezési idő körülbelül kilencven perc. A gyógyszer adagolásából fakadóan a szintetizálódott dopamin koncentrációja ingadozást mutat, amely a poszt-szinaptikus sejtek pulzatis stimulációjához vezet. Feltehetően ez a megváltozott tüzelési mintázat tehető felelőssé a motoros fluktuációk, illetve a diszkinéziák kialakulásáért.

A levodopa a dopamin előanyaga, aminek a felhasználásával jóval hatékonyabban képesek az idegsejtek a dopamin előállítására. A betegség kezdeti fázisában még a levodopa vérbeli koncentrációjának nagyfokú ingadozása mellett is tartós és jelentős fokú tüneti javulás érhető el. A betegség előrehaladtával azonban a dopamintermelő idegsejtek egyre nagyobb számban pusztulnak, így a levodopa iránti érzékenységük is megváltozik. Előrehaladott Parkinson-kórban a levodopa csak egy egyre szűkülő vérbeli koncentráció tartományban (terápiás tartományban) képes mellékhatások nélkül jó tüneti javulást eredményezni. Ha a levodopa vérszintje ennél az optimális szintnél alacsonyabb, akkor a beteg mozgásteljesítménye romlik, elindulási nehezítettség, megtorpanások, illetve disztóniás kényszertartások alakulnak ki (OFF állapot). Ellenben, ha a levodopa vérszintje eléri egy bizonyos határt, akkor a jó mozgásteljesítmény mellett akaratlan, kellemetlen és a hétköznapi tevékenységeket gyakran korlátozó mértékű túlmozgások jelennek meg. A levodopa vérbeli koncentrációjának nagyfokú ingadozását kombinációs gyógyszereléssel, illetve az egyre gyakoribbá váló, de alkalmanként egyre kisebb dózisu levodopa adagolással is csökkenteni lehet egy ideig. Azonban egy bizonyos betegség stádiumot elérve a kiszámíthatatlan gyomorürülés még akkor is képes változékony mozgásteljesítményt okozni, amikor a beteg percre pontosan veszi be számára előírt adagot.

Mindegyik levodopa készítmény egyértelműen hatásos. Nincs rá evidencia, hogy valamelyik készítmény hatásosabb volna, az egyes formulák alkalmazása során észlelt különbségek az eltérő farmakokinetikai tulajdonságokból származnak: például az oldódó levodopa/benserazide (LB) vízben történő feloldás után igen rövid idő alatt hatni kezd, de hatása rövidebb idejű. A standard LB alkalmazásánál érdemes elkerülni a fehérjében gazdag étel párhuzamos fogyasztását. Egy 1970-es vizsgálat szerint a PK-s betegek egy része vagy a levodopa/benserazide vagy a levodopa/carbidopa kombinációt nem tolerálja.

**Levodopa/benserazide****Ajánlás35**

**A levodopa/benserazide egyaránt alkalmazható a betegség korai és késői fázisában. A levodopa/benserazide hatása dóziszfüggő. Individuális dozírozás alkalmazása szükséges a klinikai hatékonyság, a mellékhatások, az étkezési szokások, a társbetegségek és az egyéb gyógyszeres kezelés függvényében. (A)**

**Indikáció és dózis**

A levodopa/benserazide kezelés indikációját és dozírozását a 22. táblázatban foglaljuk össze.

**22. táblázat:** Az levodopa/benserazide alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
Levodopa/ benserazide (standard tabletta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idiopátiás és posztenkefalitises parkinsonizmus. Előzetes idegsebészeti beavatkozás nem képez ellenjavallatot.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- ajánlott kezdő dózis napi 3-4 alkalommal egy negyed LB 200 mg/50 mg tablettával</li> <li>- A napi dózist ezután hetente egyszer vagy kétszer egy fél 200 mg/50 mg-os tablettával kell emelni, amíg a teljes terápiás hatást el nem érik, vagy amíg mellékhatások nem jelentkeznek</li> <li>- Idős betegeknél elég lehet a kezelést napi egyszer vagy kétszer egy negyed 200 mg/50 mg-os tablettával kezdeni és a dózist három vagy négy naponként egy fél tablettával emelni.</li> <li>- A hatásos adag általában kettő-négy 200 mg/50 mg-os tablettával naponta, osztott adagokban</li> </ul>
Levodopa/ benserazide (diszpergálódó tabletta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idiopátiás és posztenkefalitises parkinsonizmus.</li> <li>- diszpergálódó tabletták különösen azoknak a betegeknek ajánlott, akik diszfágiában (nyelési zavarban) szenvednek, vagy amikor a hatás gyors kialakulására van szükség, például kora reggeli vagy délutáni akinézia esetén, vagy ha a lassan kialakuló aktív mozgás („delayed on”) vagy a szokásos adag hatásának elvesztése („wearing off”) áll az előtérben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- ajánlott kezdő dózis napi 3-4 alkalommal 50 mg levodopa/12,5 mg benserazide</li> <li>- a napi dózist ezután hetente egyszer vagy kétszer egy 100 mg/25 mg-os diszpergálódó tablettával kell emelni, amíg a teljes terápiás hatást el nem érik, vagy amíg mellékhatások nem jelentkeznek.</li> <li>- hatásos adag általában négy-nyolc 100 mg/25 mg-os diszpergálódó tablettával naponta</li> <li>- Ritkán van szükség több mint tíz 100 mg/25 mg-os diszpergálódó tablettával naponta</li> </ul>
Levodopa/ benserazide (hosszú hatású kapszula)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Parkinson-kór bármelyik stádiuma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- ajánlott kezdő adag naponta 3-szor egy kapszula</li> <li>- LB retard kemény kapszulából nagyobb adagok szükségesek, mint a standard levodopa és dekarboxiláz-gátló kombinációkból, mert a biológiai hasznosulása kisebb.</li> </ul>

Optimális javulás általában napi 3 vagy több adagra osztott 300-800 mg levodopával és 75-100 mg benseraziddal érhető el 4-6 hét alatt. Lehetséges, hogy a teljes terápiás hatás csak később észlelhető. Ezért tanácsos néhány hetet várni, mielőtt arról döntenek, hogy az adagot az átlagos dózistartomány fölé emelik. Ha a javulás egy bizonyos idő után sem megfelelő, akkor lehet a LB dózist óvatosan emelni.

A különböző levodopa/benserazide formulák egymástól lényegesen eltérő farmakokinetikai tulajdonságokkal rendelkeznek, melyet a kezelés során figyelembe kell venni. (23. táblázat)

**23. táblázat:** Farmakokinetikai különbségek a különböző levodopa/benserazide formulák között [saját szerkesztés]

Típus	Jellemző (LB készítmény alkalmazási előirata alapján)
Standard	A levodopa maximális plazmakoncentrációja körülbelül egy órával a LB beadása után alakul ki. A standard LB-ből származó levodopa abszolút biológiai hasznosulása körülbelül 98%. A levodopa maximális plazmakoncentrációja és a felszívódás mértéke (AUC) a dózissal arányosan nő (50-200 mg levodopa). A levodopa csúcs-plazmakoncentrációja 30%-kal alacsonyabb és később jelentkezik, ha a LB-t standard étkezés után adják. A táplálék általában 15%-kal csökkenti a levodopa felszívódásának mértékét, de ez változó lehet.
Vízoldékony	LB diszpergálódó tablettá adása után a levodopa farmakokinetikai profilja nagyban hasonlít a standard LB adását követően tapasztaltnak, de a csúcskoncentráció eléréséhez szükséges idő rövidebb a LB diszpergálódó tablettá alkalmazása után.
Retard	A LB retard kemény kapszulából a hatóanyag lassan szabadul fel a gyomorban, a maximális levodopa plazmakoncentráció 20-30%-kal alacsonyabb, mint a standard gyógyszerformákkal elérhető koncentráció, és körülbelül 3 órával a bevétel után alakul ki. A LB retard kemény kapszula biohasznosulása a standard LB-énak körülbelül 50-70%-a, és ezt az étkezés nem befolyásolja. A maximális levodopa plazmakoncentrációt az étkezés nem befolyásolja, de később jelenik meg (öt óra) étkezés után beadva. Ha a LB retard kemény kapszulát együtt adják antaciddal, a levodopa felszívódása 32%-kal csökken.

#### **Hatásosság**

A levodopa egyaránt alkalmazható a betegség korai és késői fázisában. Hatása dóziszfüggő. Hosszú távú használata mellett számos mellékhatás jelenhet meg. Individuális dozírozás javasolt, a klinikai hatékonyság, a mellékhatások, az étkezési szokások, a társbetegségek és az egyéb gyógyszeres kezelés függvényében. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a levodopa kezelés befolyásolná a betegség progresszióját. Nincs I. szintű placebo-kontrollált vizsgálat levodopa alkalmazásával, de a gyógyszer hatásossága egyértelműen megállapítható. A levodopa monoterápia valószínűleg hatásosabb, mint az amantadin, illetve az antikolinerg szerek monoterápiában, bár a vizsgálatok módszertana kifogásolható. Monoterápiában egyértelműen hatásosabbnak tartható a pramipexol, a rotigotin és a ropinirol monoterápiánál. A levodopa szedése egyértelműen összefüggésbe hozható a motoros komplikációk, így wearing off és a diszkinézisek kialakulásával. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a különböző levodopa készítmények alkalmazásával befolyásolni lehetne a motoros szövődmények kialakulását [24].

#### **Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján a levodopa készítmények használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Gasztrointesztinális és kardiális diszfunkció előfordulhat. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül. Alkalmazása során a dopaminerg mellékhatásokat szűrni kell.

#### **Levodopa/carbidopa (per os készítmények)**

Jelenleg Magyarországon nincs társadalombiztosítási támogatással forgalomban per os alkalmazható levodopa/carbidopa (LC) készítmény. A levodopa/benserazide készítményt nem toleráló betegek részére egyedi támogatással lehetséges kedvezményesen alkalmazni. A levodopa/benserazide készítményre vonatkozó ajánlások az LC készítményekre is igazak.

#### **Ajánlás36**

**A levodopa/carbidopa egyaránt alkalmazható a betegség korai és késői fázisában. A levodopa/carbidopa hatása dóziszfüggő. Individuális dozírozás alkalmazása szükséges a klinikai hatékonyság, a mellékhatások, az étkezési szokások, a társbetegségek és az egyéb gyógyszeres kezelés függvényében. (A)**

#### **Hatásosság**

A levodopa egyaránt alkalmazható a betegség korai és késői fázisában. Hatása dóziszfüggő. Hosszú távú használata mellett számos mellékhatás jelenhet meg. Individuális dozírozás javasolt, a klinikai hatékonyság, a mellékhatások,

az étkezési szokások, a társbetegségek és az egyéb gyógyszeres kezelés függvényében. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a levodopa kezelés befolyásolná a betegség progresszióját. Nincs I. szintű placebo-kontrollált vizsgálat levodopa alkalmazásával, de a gyógyszer hatásossága egyértelműen megállapítható. A levodopa monoterápia valószínűleg hatásosabb, mint az amantadin, illetve az antikolinerg szerek monoterápiában, bár a vizsgálatok módszertana kifogásolható. Monoterápiában egyértelműen hatásosabbnak tartható a pramipexol, a rotigotin és a ropinirol monoterápiánál. A levodopa szedése egyértelműen összefüggésbe hozható a motoros komplikációk, így wearing off és a diszkinézisek kialakulásával. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a különböző levodopa készítmények alkalmazásával befolyásolni lehetne a motoros szövődmények kialakulását [24].

### **Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján a levodopa készítmények használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Gasztrointesztinális és kardiális diszfunkció előfordulhat. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül. Alkalmazása során a dopaminerg mellékhatásokat szűrni kell.

### **Levodopa/carbidopa intesztinális gél (LCIG)**

A motoros komplikációk kialakulásának legfontosabb okai a betegség progressziójával egyre inkább lecsökkenő striátonigrális dopaminerg neuronok száma, az egyre beszűkülő levodopa terápiás tartomány és a nem megfelelő gyomorürülés. Az LCIG kezelés megkerüli a kiszámíthatatlan gyomorürülés problémáját, mivel egy állítható pumpa segítségével a gél állagú levodopát folyamatosan és egyenletesen a felszívódás helyére, a vékonybélbe juttatja abban a dózisban, ami elegendő a jó mozgás teljesítményhez. Az LCIG kezeléssel a levodopa vérbeli koncentrációja közel állandó marad, így a jó és a rossz mozgás teljesítménnyel járó állapotok kiszámíthatatlan váltakozása javul vagy akár teljesen megszűnik, csakúgy, mint a túlmozgások súlyossága, a lefagyások és a disztóniform kényszertartások előfordulása és súlyossága is jelentősen javul.

A levodopa monoterápiában és bármely más antiparkinson szerrel kombinálva adható [78]. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy bármelyik levodopa készítménnyel befolyásolni lehet a motoros komplikációk kialakulását, kivéve a levodopa intesztinális gél pumpát (levodopa/carbidopa intesztinális gél), amely csökkenteni tudja a motoros komplikációk súlyosságát. Részletes ismertetés az előrehaladott Parkinson-kór kezelési részben.

*Catechol-O-methyltransferase (COMT) enzim inhibitorok (COMTI)*

### **Ajánlás37**

**COMT-gátló kezelés kizárólag a (motoros) komplikáció tüneteit mutató PK esetében szabad használni. A COMT-gátló készítmények használata a Parkinson-kór korai (fluktuációt vagy egyéb motoros komplikációt nem mutató szakában) törzskönyvi indikáció túli off-label kezelésnek minősül, így ezen korai időszakban rutinszerűen nem szabad alkalmazni. (A)**

A catechol-O-methyltransferase (COMT) enzim katalizálja a levodopa átalakulását az inaktív 3-O-metil-dopává, amely nem lép át sem a bél/vér, sem a vér/agy gáton. Így az enzim gátlása egyenletesebbé teszi a levodopa szintet a vérben/ agyban, és ezáltal folyamatosabb dopaminerg stimulációt biztosít.

A COMTI gyógyszerek egy része csak perifériás hatású (például entacapone és opicapone), míg mások centrálisan (a vér-agy gáton átjutva a központi idegrendszerben) is kifejtik hatásukat (például tolcapone).

A COMT enzimgátlók csak levodopa/dekarboxiláz inhibitor hatóanyaggal együtt adhatók. Ezért önálló alkalmazással kapcsolatos klinikai vizsgálatok nincsenek.

### **COMT-gátlók közös hatékonysági jellemzői**

Klinikai gyakorlatban a COMT-gátlók korai (stabil) Parkinson-kórban nem rendelkeznek törzskönyvi indikációval. A COMT-gátlás „korai” alkalmazását nem fluktuáló betegeknél is vizsgálták. A korai COMT-gátlás elméleti előnye az lenne, hogy a folyamatosabb dopaminerg stimuláció biztosításával, potenciálisan megelőznék a motoros szövődmények kialakulását. A tolcapone-t korábban korai PK betegeknél „hatásosnak” minősítették, de hepatotoxicitása és törzskönyvi indikáció hiányában a tolcapone kezelés motoros fluktuáció nélküli betegeknél nem ajánlott. Az entacapone korai alkalmazása nem fluktuáló Parkinson-kóros betegeknél azonban fokozott motoros szövődményeket eredményezett, azaz magas szintű evidencia bizonyítja, hogy korai Parkinson-kórban alkalmazása ellenjavalt. Az opicapone-t pedig nem vizsgálták korai PD-betegeknél.

A COMT-gátló kezelés kizárólag a komplikált PK kezelésére alkalmazhatók [24]. Ilyen esetekben a levodopa hatástartamának fokozása COMT és/vagy MAO-B gátlóval történő gátlással továbbra is hatékony megközelítés a motoros ingadozások csökkentésére.

**Tolcapone****Ajánlás38**

**A tolcapone csak az olyan motoros fluktuáció tüneteit mutató levodopa kombinációs kezelésben részesülő betegek esetében szabad alkalmazni, akik nem reagáltak más COMT-gátlókra, illetve azokat nem tolerálták. (A)**

**Indikáció és dózis**

A potenciálisan halálos kimenetelű, akut májkárosodás lehetősége miatt, a tolcapone nem alkalmazható levodopa/benserazide, illetve levodopa/carbidopa kezelés első vonalbeli kiegészítő kezeléseként.

Szokásos dózis 3x100 mg, maximális dózis 3x200 mg. A tolcapone-t naponta háromszor, szájon át kell bevenni. A napi első tolcapone adagot a levodopa készítmény napi első adagjával együtt, a következő adagokat pedig körülbelül 6 és 12 óra múlva kell bevenni. A tolcapone bevehető étkezéskor és étkezéstől függetlenül is.

**Hatásosság**

Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a tolcapone kezelés befolyásolná a betegség progresszióját. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy a tolcapone kezelés megelőzné a motoros komplikációk kialakulását. A tolcapone hatásos motoros fluktuációkat mutató betegek kezelésében a tünetek javítására (A szint).

**Biztonságosság**

A tolcapone átlép a vér/agy gáton. A vizsgálatok alapján azoknál a betegeknél, akik más szerekkel hatásosan kezelhetők, a tolcapone használata nem megengedhető hepatotoxikus rizikót jelent. Azoknál, akiknél a megfelelő kezelés más szerekkel nem oldható meg, a tolcapone alkalmazása megengedhető, de speciális labor monitorozást igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül.

A tolcapone kezelés megkezdése előtt, majd a kezelés során egy évig 2 hetente, ez után hat hónapig 4 hetente, majd a továbbiakban 8 hetente ellenőrizni kell a májfunkciót. Ha az adagot naponta háromszor 200 mg-ra emelik, az emelés előtt a májenzimeket ellenőrizni kell, majd a kezelés során azt a fenti gyakorisággal kell ismételtlen meghatározni. A tolcapone kezelést be kell fejezni, ha az ALT (alanin-amino-transzferáz) és/vagy AST (aszpartát-amino-transzferáz) szint meghaladja a felső határértéket vagy a jelek és tünetek kezdődő májelégtelenségre utalnak.

Minthogy a tolcapone csökkenti a levodopa lebomlását a szervezetben, a magasabb levodopa koncentrációk miatt mellékhatások léphetnek fel a tolcapone kezelés megkezdésekor. A klinikai vizsgálatokban a betegek több mint 70%-ánál csökkenteni kellett a levodopa napi adagját, ha napi levodopa adagjuk 600 mg-nál nagyobb volt, vagy ha a betegnek közepes, vagy súlyos diszkinéziája volt a kezelés megkezdése előtt.

**Entacapone****Ajánlás39**

**Az entacapone kizárólag komplikált Parkinson-kórban a levodopa kezelés kiegészítéseként alkalmazható. Az entacapone-t már az első motoros komplikáció, úgymint hatástartam rövidülés, megjelenése esetében is javasolt alkalmazni a levodopa kezelés kiegészítésére. (A)**

**Ajánlás40**

**Az entacapone, levodopa készítmény nélkül, önmagában nem adható. (A)**

**Indikáció és dózis**

Az entacapone önálló és levodopával kombinált (LCE, Levodopa/carbidopa/entacapone) készítményként is elérhető. (24. táblázat)

**24. táblázat:** Az entacapone kezelés [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
entacapone	– Parkinson-kóros felnőtt betegek kezelésére, valamint a levodopa/dopa-dekarboxiláz (DDC) -gátló kombinációs kezelésre nem stabilizálódó dózis-végi (end-of-dose) motoros fluktuációkra javallt	– individuális dozírozás – napi optimális dózist minden egyes beteg esetében a levodopa gondos titrálásával kell meghatározni. a LCE kombinációban a napi dózist lehetőség szerint a hét rendelkezésre álló hatáserősség alkalmazásával kell optimalizálni – maximális dózis 2000 mg entacapone/nap

A betegeknek azt az útmutatást kell adni, hogy alkalmazásonként egyszerre csak egy LCE tablettát vegyenek be. A naponta 70-100 mg-nál kevesebb karbidopát szedő betegek nagyobb valószínűséggel tapasztalnak hányingert és hányást. Míg a 200 mg-nál nagyobb napi összdózisú carbidopa alkalmazásáról csak kevés tapasztalat áll rendelkezésre. Az entacapone maximális javasolt dózisa 2000 mg.

Hogyan kell levodopa-/DDC-gátló (karbidopa vagy benserazide) készítményekről és entacapone tablettáról LCE kezelésre átváltani?

- Azokat a betegeket, akiket jelenleg is a LCE tablettá hatáserősségével megegyező dózisú entacapone és standard felszabadulású levodopa/carbidopa készítménnyel kezelnek, közvetlenül át lehet állítani a megfelelő LCE tablettára
- A LCE-terápia megkezdésekor azoknál a betegeknél, akik jelenleg is entacapone és levodopa/carbidopa kezelést kapnak olyan dózisokban, amelyek nem egyeznek meg az LCE tablettá dózisával, a LCE dózist gondosan titrálni kell az optimális klinikai válasz elérése érdekében. A terápia megkezdésekor a LCE dózist úgy kell beállítani, hogy az a lehető legjobban közelítsen a levodopa jelenleg alkalmazott dózisához.
- Amikor a LCE kezelést olyan betegeknél kezdik el, akik jelenleg az entacapone-t és a levodopa/benserazide standard felszabadulású gyógyszerformában kapják, a kezelés elindítását megelőző este abba kell hagyni a levodopa/benserazide adagolását, és másnap reggel meg kell kezdeni a LCE adását úgy, hogy a LCE kezdő dózisa ugyanakkora mennyiségű vagy valamivel (5-10%) több levodopát biztosítson.

Hogyan kell jelenleg entacaponet nem szedő beteget átállítani LCE kezelésre?

- A LCE adagolás megkezdése megfontolható a jelenlegi kezelésnek megfelelő dózisokban olyan Parkinson-kóros és dózis-végi motoros fluktuációkban szenvedő betegeknél, akik a folyamatban lévő standard felszabadulású levodopa/DDC gátló kezelés mellett nem stabilizálódnak.
- Mindazonáltal a közvetlen átváltás levodopa/DDC gátlószerről LCE szedésére nem javasolt az olyan betegek számára, akiknek diszkinéziája van, vagy akiknek a napi levodopa dózisa meghaladja a 800 mg-ot. Az ilyen betegek esetében az entacapone kezelést, mint külön kezelést (entacapone tabletták) tanácsos bevezetni, és a LCE-ra történő átállás előtt szükség esetén korrigálni kell a levodopa alkalmazott dózist. (alkalmazási előírat)
- Az entacapone fokozza a levodopa hatásait, ezért a LCE kezelés megkezdésének első napjait, illetve első heteit követően szükségessé válhat 10-30%-kal csökkenteni az alkalmazott dózist, különösen diszkinéziában szenvedő betegek esetében. A levodopa napi dózisa a klinikai állapotnak megfelelően csökkenthető az adagolás gyakoriságának ritkításával és/vagy a levodopa dózisonkénti mennyiségének csökkentésével.

Dóziskorrekción a kezelés folyamán

- Amikor a beteg állapota több levodopát igényel, a dózisiajánlások keretein belül mérlegelni lehet a gyógyszerbevitel gyakoriságának fokozását és/vagy alternatív erősségű LCE adagolását.
- Amikor kevesebb levodopára van szükség, a LCE napi teljes dózisának csökkentését vagy az adagolás gyakoriságának a dózisok közötti időtartam megnyújtásának útján történő csökkentésével, vagy az egy bevételkor alkalmazott LCE erősségének csökkentésével kell elérni.
- Ha a LCE tablettával egyidejűleg más levodopa készítményt is alkalmaznak, maximálisan követni kell a dózis ajánlásokat.

A LCE terápia abbahagyása

- Ha a LCE kezelést (levodopa/karbidopa/entacapone) nem folytatják tovább, és a beteget átállítják levodopa/DDC gátló terápiára entacapone nélkül, a parkinsonos tünetek kielégítő kontrolljának elérése érdekében szükségessé válik az egyéb Parkinson-kór elleni gyógyszerek, különösen a levodopa adagolásának módosítása.

### **Hatásosság**

Összesen 3 magas színvonalú pozitív vizsgálatban értékelték az entacapone-t. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy az entacapone kezelés befolyásolná a betegség progresszióját. Az entacapone hatásos motoros fluktuációkat mutató betegek kezelésében a tünetek javítására. Az entacapone nem hatásos a motoros fluktuációkat nem mutató (korai PK) betegek kezelésében. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy az entacapone kezelés megelőzné a motoros komplikációk kialakulását.

**Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján az entacapone biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. A mellékhatások dopaminerg típusúak. Hasmenés jelentkezése 3-5 %-ban várható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül. Az enyhe–közepesen súlyos májkárosodásban tanácsos a LCE-t óvatosan adagolni. Nem zárható ki, hogy dóziscsökkentés válhat szükségessé. A vesekárosodás nem befolyásolja az entacapone farmakokinetikáját.

*Levodopa/entacapone/carbidopa intesztinális gél (LECIG)*

A LECIG kizárólag előrehaladott Parkinson-kórban alkalmazható. Részletes leírása a PK eszközös kezelési részben található.

**Opicapone**

Az opicapone adjuváns kezelésre javasolt a levodopa/DDC gátlókat tartalmazó készítmények mellett a dózis-végi (end-of-dose) motoros fluktuációkat mutató betegeknél. (25. táblázat)

**Indikáció és dózis**

**25. táblázat:** Az opicapone kezelés [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
opicapone	– Az opicapone adjuváns kezelésre javasolt a levodopa/DOPA dekarboxiláz (DDC) gátlókat tartalmazó készítmények mellett a Parkinson-kóros és az említett kombinációkra nem stabilizálódó dózis-végi (end-of-dose) motoros fluktuációkat mutató betegeknél	– 1x50 mg – maximális dózis 50 mg/nap

Az opicapone ajánlott adagja 50 mg. Naponta egyszer, lefekvéskor, legalább egy órával a levodopa kombinációk előtt vagy után kell bevenni. Magyarországon jelenleg nem érhető el társadalombiztosítási támogatással.

Dóziskorrekción a Parkinson-kór ellenes terápia folyamán

Az opicapone a levodopa kezelés kiegészítőjeként alkalmazandó, és fokozza a levodopa hatásait. Ezért a beteg klinikai állapotától függően az opicapone-kezelés első napjaiban/heteiben gyakran szükséges a levodopa dózisának módosítása az adagok közötti intervallum növelésével és/vagy az adagonkénti levodopa mennyiségének csökkentésével.

**Hatásosság**

Az opicapone-t 2 magas színvonalú pozitív hatékonysági vizsgálatban és 1 magas színvonalú farmakokinetikai vizsgálatban értékelték. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy az opicapone kezelés befolyásolná a betegség progresszióját. Az opicapone hatásos motoros fluktuációkat mutató betegek kezelésében a tünetek javítására. Az opicapone hatását nem vizsgálták korai PK-ban, így korai PK-ban való alkalmazása off-label használatnak minősül. Jelenleg nincs rá megfelelő klinikai evidencia, hogy az opicapone kezelés megelőzné a motoros komplikációk kialakulását.

**Biztonságosság**

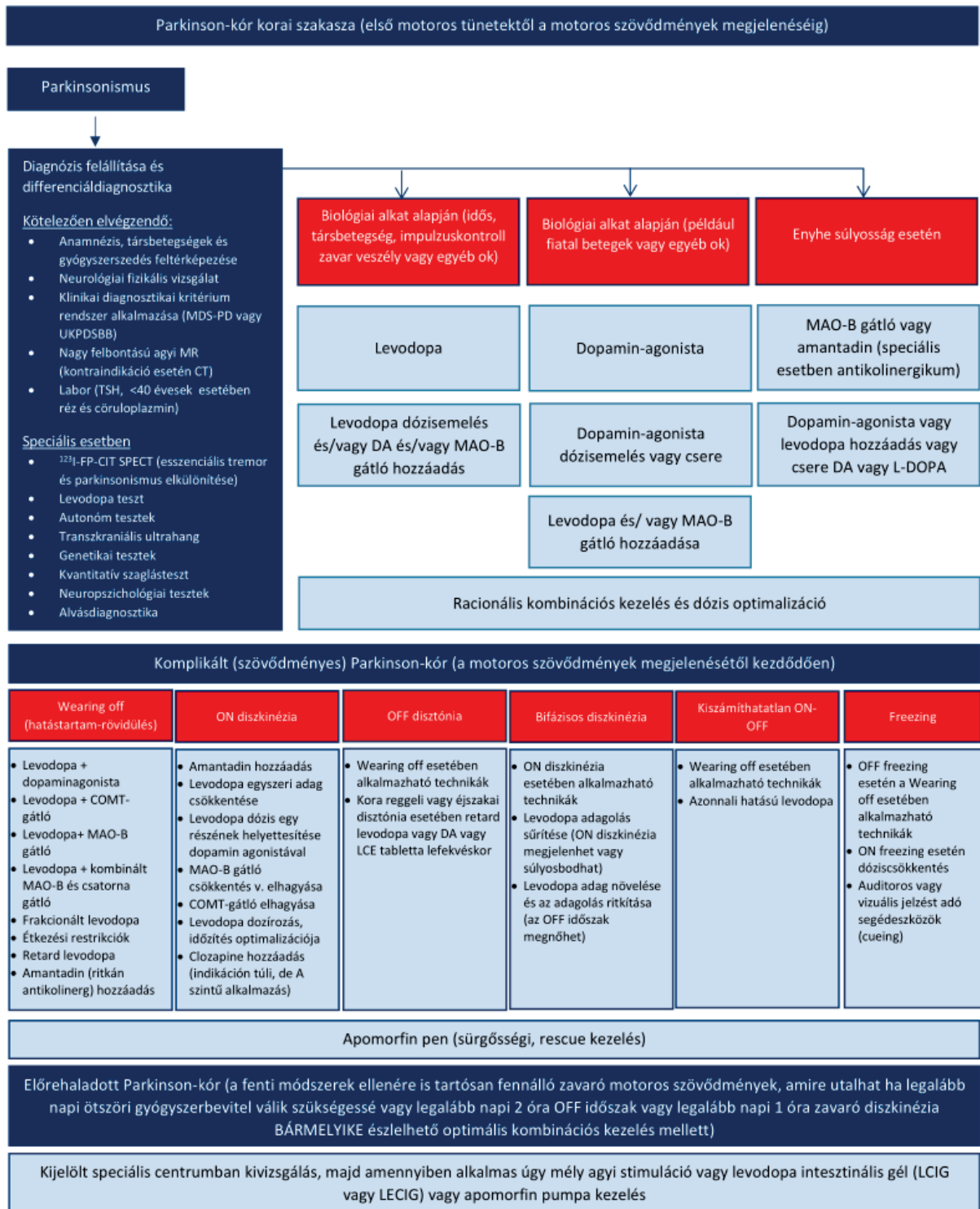
A vizsgálatok alapján az opicapone biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. A mellékhatások dopamin típusúak. Hányinger jelentkezése 3-5 %-ban várható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül.

**A korai szakaszban lévő beteg kezelésére adott gyógyszer választásának szempontjai:**

Számos tényezőt kell figyelembe venni annak eldöntésére, hogy milyen kezelést ajánljunk fel egy korai stádiumban lévő, a motoros tünetek miatt kezelést igénylő Parkinson-kóros betegnek. Ezek közé tartozik a beteg által tapasztalt korlátozottság mértéke, a terápia relatív hatékonysága, a lehetséges mellékhatások, valamint a hosszú távú motoros szövődmények megelőzésének szükségessége.

A korai PK kezelési algoritmus az 1. ábrán található.

**1. ábra.** A Parkinson-kór kezelési algoritmus [saját szerkesztés]





#### Gyógyszeres monoterápia korai Parkinson-kórban

- Neuroprotektív hatása egyik szernek sem volt bizonyítható.
  - Számos lehetőség van a korai monoterápiára a korai PK kezelésére. Mind a levodopa, mind az összes DA jelentősen javítja a motoros tüneteket.
  - A motoros komplikációk megjelenése általában levodopa adagoláshoz kötött, tehát, ha első szerként dopamin agonistát alkalmazunk, távolabbra tolódhat ki ezek jelentkezése a beteg életében. Klinikai szempontból továbbra sem általánosítható az, hogy a korai Parkinson-kórban szenvedő betegek levodopát vagy egy „levodopát kímélő” opciót, például DA-t vagy MAO-B-gátlót kell-e adni a motoros fluktuációk és a diszkinézia kialakulásának késleltetése érdekében. Ezenkívül a hosszabb távú nyomon követés alapján rendelkezésre álló bizonyítékok arra utalnak, hogy a kezdeti terápia megválasztása alapján nincs klinikailag releváns különbség a motoros funkció, a motoros komplikációk vagy a halálozás tekintetében a betegség késői szakában [24].
  - Fiatal, nem demens, enyhe tünetekkel rendelkező betegek esetén kezdeti terápiaként MAO-B inhibitor választható, majd a klinikai tünetek függvényében dopamin agonista és/vagy levodopa/DDC bármelyik formája hozzáadható. A MAO-B-gátlók (selegiline és rasagiline) javítják a motoros tüneteket a korai Parkinson-kórban, de a hatás mértéke kisebb, mint a levodopa és a DA-k esetében [24].
  - Fiatal nem demens PK betegeknél egy alternatív „levodopa-kímélő” stratégia lehet az amantadin alkalmazása, amely antiglutamaterg (és dopaminerg) hatással rendelkezik. Hatékonyágát korai monoterápiaként vizsgálták, ezen régebbi vizsgálatok alapján az amantadin „valószínűleg hatásos” és „valószínűleg hasznos” a korai PK monoterápiájában [24].
  - Fiatal, nem demens betegek esetén kezdeti terápiaként dopamin agonista monoterápia is választható. Klinikai tünetek függvényében emelhető a dózis, mellékhatások esetén változtatható az agonista hatóanyaga, illetve elkezdhető a levodopa. A különböző DA-k relatív hatékonysága hasonlóan tűnik. A DA megválasztása tehát a hatás időtartamától is függhet (például rövidebb időtartam az azonnali hatású vs. hosszabb hatású retard formulák), ami fontos lehet például a tünetek gyors javítása vagy a compliance szempontjából. A DA kezeléssel kapcsolatos legfontosabb probléma (a betegség minden stádiumában) továbbra is a lehetséges mellékhatások előfordulása. Az anyarozshoz kapcsolódó mellékhatások (beleértve a fibrózist/szűkítő szívbillentyű elváltozásokat) miatt a világ legtöbb területén csökkentették az ergot-alapú DA-k alkalmazását. Összességében a nem ergot DA-k mellékhatás profilja hasonló (álmosság, ortosztatikus hipotenzió, perifériás ödéma és neuropszichiátriai problémák). A rotigotin további mellékhatásai a transzdermális alkalmazáshoz kapcsolódnak. A klinikai gyakorlatban jelentős DA mellékhatás az impulzuskontroll-zavarok (ICD) magas kockázata a levodopához képest. Bár a hosszú hatású vagy transzdermális DA-hoz kapcsolódó ICD-k alacsonyabb arányáról számoltak be, a mai napig nem készült olyan intervenciós vizsgálat, amely értékelte volna az ICD-k relatív kockázatát a DA-k között, és ez továbbra is fontos kutatási terület marad.
  - Idősebb, esetleg komolyabb neurokognitív zavarban szenvedő betegek esetén levodopa monoterápiával indíthatjuk a kezelést.
  - Tremor domináns betegekben antikolinerg szer adása jöhet szóba adjuvánsként, de mellékhatásokat, társbetegségeket és a beteg egyéb gyógyszereit (például kolinergerg potenciál) figyelembe kell venni a kockázat/haszon becslésekor.
  - Parenterális gyógyszerelés a rotigotin tapasszal lehetséges. Obstpációban, vagy gasztrointesztinális mellékhatást mutató beteg számára előnyösebb lehet, de bőrtünetek jelentkezhetnek az alkalmazása során.
  - A választott gyógyszer típus által okozott mellékhatás esetén váltani lehet vagy a gyógyszer csoporton belül (például DA készítmények között) vagy másik gyógyszer csoportra (például DA készítményről levodopa készítményre).
- Összességében tehát a kezelés megválasztása a betegség korai szakaszában a motoros tünetek enyhítésének szükségességének mértékétől és a rövid és hosszú távú tolerálhatóságtól, illetve a mellékhatásoktól függ. A figyelembe veendő tényezők közé tartozik még a motoros szövödmények nagyobb kockázata a fiatalabb korban kezdődő betegeknél és a páciens személyes körülményei. Ilyen lehet a gyors javulás szükségessége, például munkavállalási okokból (ami a kezdeti levodopa-kezelés mellett szól), vagy az az igény, hogy a diszkinézia minél tovább késleltethető legyen (ami a levodopát kímélő kezdeti kezelések mellett szól).

#### Kombinációs gyógyszeres kezelés korai Parkinson-kórban

- Gyorsabb lefolyású formák esetén korábban szükséges a kombináció, illetve az adjuváns szerek beállítása.
- A korai stádiumban levodopát kapó PD-s betegeknél hasznos lehet a levodopa növelése helyett nem levodopa-tartalmú szerek hozzáadása, ha a betegség előrehaladtával nagyobb antiparkinson hatásra van szükség. Különösen igaz ez a fiatalabb betegeknél, ahol a kezelés egyik fontos célja a motoros szövödmények kialakulásának

késleltetése. Levodopa mellé bármelyik DA alkalmazható, nincs adat arra vonatkozóan, hogy valamelyik DA hatékonyabb vagy kedvezőbb mellékhatás profillal rendelkezik a másikhoz képest. Annak eldöntése, hogy melyik DA-t adjuk hozzá, tehát a helyi elérhetőségen, költségen és betegpreferencián alapul, és a döntés, hogy később más DA-ra váltsunk-e szintén az egyéni tolerálhatóságtól és hatékonyságtól függ.

- DA-monoterápiában részesülő PD-betegek számára tüneti progresszió esetén a maximális napi dózis elérése helyett vagy mellett levodopa, MAO-B gátló vagy amantadin kombináció is alkalmazható. Elérhető evidenciák alapján a rasagiline „hatékony” és „klinikailag hasznos” a DA kiegészítőjeként, miközben a MAO-B/glutamát felszabadulást gátló safinamide nem hatékony a korai PD betegeknél.
- Kombinációs kezelés során a dopaminerg mellékhatások kockázata megnő, rendszeres szűrés javasolt.

**Szövődményes (motoros fluktuációval/komplikációkkal) járó PK gyógyszeres kezelésének szempontjai:**

- Alapvetően ez a szakasz szokott a leghosszabb lenni a beteg életében, mely a motoros komplikációk megjelenésétől a halálig tart.
- Ebben a szakaszban rendszerint a nem-motoros tünettán súlyossága is erősödik, amely a nem dopaminerg terápiák alkalmazásának szélesebb körét is igényli.
- Gyakran a motoros és nem-motoros tünetek együtt fluktuálnak a beteg életében, miközben a „jó időszak” egyre rövidül.
- A Parkinson-kórban fellépő motoros ingadozások kezelésére számos lehetőség áll rendelkezésre. A mindennapi klinikai gyakorlatban a levodopa-készítmények időzítésének rövidebb időintervallumra való beállítása, a felszívódás javítása, például a levodopa éhgyomorra történő szedése és a gyomor-bélrendszeri tranzit javítása a székrekedés kezelésével részben hatékony módszerek.
- A klinikai gyakorlatban a biztonsági kockázatok szerint hierarchikusan alkalmazhatók a kezelési sémák. Így a motoros fluktuációk kialakulásának korábbi szakaszában az első vonalbeli kezelések, általában az orális (vagy transzdermális) szerek kombinálása, majd az előrehaladottabb betegeknél a parenterális és az eszközös technikák következnek.
- A szövődményes PK kezdeti stádiumában megfelelően beállított („optimális”) per os gyógyszeres kombinációkkal a mozgásteljesítmény és az életminőség egy ideig stabilizálható. A betegség progressziója miatt később a motoros és nem-motoros komplikációk optimális kombinációs kezeléssel sem tarthatók egyensúlyban. Ezen utóbbi időszakot szokás „előrehaladott” PK-nak nevezni.
- Az előrehaladott Parkinson-kórnak nem létezik egységes definíciója. Általánosan elfogadott 5-2-1 kritérium szerint legalább napi 5 alkalommal szükségessé váló levodopa bevitel, legalább napi 2 órás OFF állapot és legalább napi 1 órás zavaró mértékű diszkinézia BÁRMELYIKÉNEK előfordulása esetén az előrehaladott PK stádium vélelmezhető és az eszközös kezelési lehetőségek alkalmazását meg kell vizsgálni [27], [79].

A nem megfelelően kontrollált állapotra utaló tünetek az alábbi táblázatban lelhetők fel: (26. táblázat).

**26. táblázat:** A legfontosabb motoros és nem-motoros tünetek, amelyek a nem megfelelően kontrollált Parkinson-kór gyanúját vethetik fel (fontossági sorrendben) [80]

Motor	Nem-motoros
1. A motoros ingadozások zavaró mértékűek	1a. Problémás hallucinációk/pszichózis
2. Napi két óra „OFF” tünetekkel.	1b. Nem-motoros tünetek ingadozása
3. Napi legalább 1 óra zavaró diszkinéziával	2a. Impulzuskontroll-zavar
4. Motoros szövődmények jelenléte	2b. Az éjszakai alvászavarok aggasztó szintje
5. Naponta 5 vagy ennél több szájon át szedett levodopa adagok	3a. Súlyos fokú depresszió
	3b. Problémás nappali elalvási kényszer

A szövődményes PK kezelési algoritmus az 1. ábrán és a 27. táblázatban található.

**27. táblázat:** A motoros komplikációk pragmatikus megközelítése [80]

Kérdések a betegeknek	Ha a válasz NEM: Lehetséges probléma	Lehetséges megoldások
Eléggé jól kontrollálták a tüneteiket?	Elégtelen hatás	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A dopamin agonista adagjának növelése</li> <li>· Az egyéni levodopa adagok növelése</li> <li>· Monoterápia → kombináció (például L-DOPA+DA vagy L-DOPA+MAO-B gátló)</li> <li>· Kombináció → Újabb hatóanyaggal kiegészítés, de ez a mellékhatások rizikó növelésével járhat</li> </ul>
Amikor reggel felébred, elfogadható a mozgása? Ha nem, mennyi időbe telik, amíg a gyógyszer elkezd hatni?	Problémás reggeli „OFF” idő	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A reggeli levodopát közvetlenül ébredés után vegye be.</li> <li>· Növelje a dopamin-agonista adagját (használgjon többet este).</li> <li>· Este lefekvéskor DA vagy retard L-DOPA készítményt használjon</li> <li>· Ha a reggeli levodopa adag kevésbé hatékony a többi adaghoz képest – növelje ezt az egyedi adagot.</li> </ul>
Amikor a gyógyszer elkezd hatni, a hatás a következő adagig kitart-e? Ha nem, mennyi ideig jelentkeznek a tünetek?	Wearing off (motoros vagy nem-motoros tünetek)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· DA hozzáadása</li> <li>· Növelje a dopamin agonista adagját</li> <li>· Gyakoribb levodopa adagok felírása</li> <li>· COMT-gátló hozzáadása</li> <li>· MAO-B gátló hozzáadása</li> <li>· Safinamide hozzáadása</li> <li>· Amantadin hozzáadása</li> <li>· Speciális esetben antikolinergikum hozzáadása</li> </ul>
Egyes adagok hatása csak sokára alakul ki, vagy egyáltalán nem tapasztalja a hatását?	Delayed ON vagy No ON	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A levodopa alkalmazását mindig legalább 60 perccel étkezés előtt vagy után.</li> <li>· Prokinetikumok (például domperidon) felírása.</li> <li>· Helicobacter pylori és/vagy vékonybél baktériumok túlszaporodása szindróma kizárása.</li> </ul>
Vannak túlzott önkéntelen mozdulatai, amikor a gyógyszer hatása alatt áll?	Diszkinézia	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A levodopa alacsonyabb dózisban és gyakrabban történő felírása.</li> <li>· Amantadin hozzáadása</li> <li>· Levodopa részleges helyettesítése dopamin agonistával</li> <li>· MAO-B és vagy COMT-gátló csökkentése / elhagyása</li> </ul>
Elfogadható az éjszakai mozgékonyasága?	Problémás éjszakai „OFF”	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Azonnali felszabadulású levodopa felírása az éjszakai ébredésekhez</li> <li>· Növelje a dopamin agonistát (többet használjon este)</li> <li>· Retard levodopa vagy LCE használata/ emelése este lefekvéskor</li> </ul>

*Wearing off kezelése*

- **A levodopa adagolás optimalizációja.** Amikor a motoros ingadozások még nem túl súlyosak, a levodopa adagolás gyakoriságának napközbeni módosítása, a napi négy-hat adag elérésére törekvés, enyhítheti a wearing off tüneteket.
  - **Étkezési restrikciónok.** A teljes napi L-DOPA mennyiségének újraelosztása és az étrendi fehérjebevitel átcsoportosítása egyes betegeknél csökkentheti a wearing off tüneteket. A fehérjebevitel napi egy étkezésre való korlátozása elősegítheti a napközbeni egyéb napi étkezéseket követő jobb motoros választ a levodopára. Praktikusabb megközelítés lehet a levodopa éhgyomorra történő bevétele körülbelül 1 órával minden étkezés előtt vagy legalább 1 órával utána.
  - **A standard levodopáról CR-formulára való áttérés:** A levodopa CR-formulái szintén javíthatják a wearing off tüneteket. Azonban a lassú hatáskezdés, illetve a csökkent biohasznosulás limitálja ezen módszer hatékonyságát.
  - **Rövid hatású levodopa hozzáadása.** Az orálisan diszpergálódó levodopa hasznos lehet a késleltetett ON esetében.
  - **COMT-gátlók hozzáadása.** Entacapone és opicapone első vonalbeli szer, míg a tolcapone másodvonalbeli szer. A tolcapone potenciálisan májkárosító hatású, és csak olyan betegek esetében ajánlott, akiknél az összes többi rendelkezésre álló gyógyszerrel nem sikerült a motoros komplikációk enyhítése. COMT-gátló bevezetésekor a levodopa mennyiségének újragondolása is szükséges lehet a hiperkinetikus válasz lehetősége miatt.
  - **MAO-B-gátlók hozzáadása.** Nem lehet ajánlást tenni arra vonatkozóan, hogy melyik kezelést preferáljuk a wearing off megjelenésekor. Mind a COMT-, mind a MAO-B enzimgátlás átlagosan körülbelül 1-1,5 órával/nap csökkenti az OFF időt. Az egyetlen közzétett közvetlen összehasonlítás nem mutatott különbséget az entacapone és a rasagiline között [81].
  - **Kombinált MAO-B és csatorna-gátlók hozzáadása.** Az EU-ban törzskönyvezett safinamide a motoros komplikációk, már a wearing off megjelenésekor is alkalmazható [24]. Az IPMDS ajánlása szerint a zonisamide is hatékonyan és biztonságosan javítja a fluktuációkat [24], azonban Magyarországon nem rendelkezik erre vonatkozó törzskönyvi indikációval.
  - **Dopamin-agonista hozzáadása.** Az összes széles körben klinikailag elérhető, non-ergot orális és transzdermális dopamin-agonista hatékonyan csökkenti az OFF-időt a wearing off tüneteit mutató betegeknél. Jelenleg egyik dopamin agonista sem bizonyult jobbnak a másiknál, de az egyik agonistáról a másikra való váltás egyes betegeknél hasznos lehet. Hosszabb távú követéses vizsgálatok - több mint 1 év a rotigotinra és 2 év a ropinirolra - azt sugallják, hogy ez a módszer hosszú távon hatékony. A dopamin-agonista adjuváns kezelésnél az optimális DA dózis elérése javasolt, sem az alul- sem a túldozírozás nem javasolt.
  - **Amantadin (vagy ritkábban antikolinergikum) hozzáadása.** Azoknál a betegeknél, akiknél az életvitelt zavaró, visszatérő OFF-tünetek nem javulnak tovább a fent említett stratégiákkal, az amantadin hozzáadása bizonyos esetekben javíthatja a tüneteket. Az antikolinergikumok alkalmazását a mellékhatások, úgymint az elesési hajlam fokozása, kognitív teljesítmény romlás limitálja.
  - **Adenozin A2A Antagonista hozzáadása.** Istradefylline hatékonyságát 7 kiváló minőségű tanulmány vizsgálta, melyből 6 pozitív következtetéssel zárul. Az IPMDS ajánlása szerint valószínűleg hatásos a motoros komplikációk kezelésében, azonban Magyarországon nincs forgalomban.
  - Számos beteg többszörös kombinációban részesül, mivel egyetlen módszer sem biztosítja az ingadozások megfelelő kontrollját. A kettőnél több stratégia kombinációjára vonatkozóan nincs elegendő bizonyíték és a gyógyszerek kiválasztása elsősorban a biztonságosság, a tolerálhatóság és a könnyű alkalmazhatóság alapján történik.
  - A fenti lehetőségek mindegyike kiválthat vagy fokozhatja a diszkinéziát, de ez általában a levodopa adagjának csökkentésével kezelhető.
  - A kombinált gyógyszeres kezelés során a dopaminerg mellékhatások előfordulási valószínűsége megnő, rendszeres szűrés javasolt.
- Ha az orális terápia nem vezet eredményre, a következő stratégiák ajánlhatók
- Mély agyi stimuláció,
  - Szubkután apomorfin penject,

- Szubkután apomorfin pumpa,
- Intesztinális levodopa adagolás: a perkután gasztrosztómián (PEG/J) keresztül adagolt levodopa gél szintén megfontolandó a refrakter motoros ingadozásban szenvedő betegek stabilizálására.

#### Kiszámíthatatlan ON-OFF

A wearing off jelenséggel kapcsolatos nagy vizsgálatokban a kiszámíthatatlan ON-OFF fluktuációt mutató betegeket vagy nem vontak be, vagy pedig a teljes populáció <5%-át tették ki. Ezért nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték annak megállapításához, hogy a wearing off-ra érvényes megállapítások a kiszámíthatatlan ON-OFF-ra is érvényesek-e. Csak néhány kisebb tanulmány létezik, amely kifejezetten kiszámíthatatlan ON-OFF-ban szenvedő betegeket célozott meg, bár a folyamatos dopaminerg stimulációt értékelő tanulmányok a wearing off és a kiszámíthatatlan ON-OFF-ban egyidejűleg szenvedő betegeket is tartalmaznak.

- A diszkinéziára és a wearing off, ON-OFF-ra leírt stratégiákat a kiszámíthatatlan ON-OFF esetében is figyelembe kell venni.
- A kiszámíthatatlan ON-OFF fluktuációnak több összetevője is lehet, amelyek közül az egyik a késedelmes (delayed) ON, amely esetében az orálisan diszpergálódó levodopa készítményeknek lehet némi előnyük.
- A wearing off megelőzése érdekében javasolt levodopa dózisok közötti idő rövidítése esetén az egyes dózisok bevitele és az azt követő motoros hatás közötti kapcsolat nehezen feltárhatóvá válhat, különösen akkor, ha a felszívódás is elégtelen. Az így kialakuló ingadozás és diszkinézia mintázata tévesen kiszámíthatatlan ON-OFF-ot sugallhat.

Ha az orális terápia nem vezet eredményre, a következő stratégiák ajánlhatók

- Mély agyi stimuláció,
- Szubkután apomorfin penject,
- Szubkután apomorfin pumpa,
- Intesztinális levodopa adagolás: a perkután gasztrosztómián (PEG/J) keresztül alkalmazott levodopa gél szintén megfontolandó a refrakter motoros ingadozásban szenvedő betegek stabilizálására.

#### Csúcskoncentrációs (peak-dose) diszkinézia kezelése

- **Amantadin hozzáadása** a legtöbb tanulmány 200-400 mg/nap dózistartományt használ. Az esetek egy részében a javulás <8 hónapig tart.
- **Az egyszeri levodopa adag csökkentése**, ami a diszkinéziát javítja, de az OFF idő növekedésének kockázatával járhat. Ez utóbbi kompenzálható a napi levodopa adagok számának növelésével vagy a dopamin agonista adagok növelésével.
- **Levodopa dózis egy részének helyettesítése dopamin agonistával**
- **A MAO-B-gátlók vagy COMT-gátlók abbahagyása vagy dózisának csökkentése**, azonban ez a módszer is a wearing off súlyosbodásának kockázatával párosulhat.
- **Atípusos antipszichotikum**, clozapine (A szint), 12,5 és 75 mg/nap közötti dózisban, vagy quetiapine hozzáadása. A clozapine azonban potenciális súlyos mellékhatásokkal (agranulocitózis és miokarditisz) jár, ami korlátozza alkalmazását [24]. A clozapine jelenleg Parkinson-kór mellett jelentkező pszichotikus állapotok kezelésére rendelkezik törzskönyvi indikációval, így a diszkinézia csökkentésére való használata törzskönyvön kívüli, off-label indikációnak számít.
- **Kombinált MAO-B és csatornagátló** zonisamide és safinamide használatával kapcsolatban nem áll rendelkezésre elegendő adat az antidiszkinetikus hatásuk megítélésére, bár felmerül alacsony minőségű adatok alapján alkalmazhatóságuk.

Ha az orális terápia nem vezet eredményre, a következő stratégiák ajánlhatók

- Mély agyi stimuláció,
- Szubkután apomorfin pumpa,
- Intesztinális levodopa adagolás.

#### Bifázisos diszkinézia kezelése

A kétfázisú diszkinéziák nagyon nehezen kezelhetők, és nem képezték konkrét és megfelelő I–III. osztályú vizsgálatok tárgyát.

- Általában a csúcsdózisú diszkinéziánál leírt stratégiák a bifázisos diszkinézia esetében is megfontolhatók.
- Egy másik lehetőség a levodopa adag nagyságának és gyakoriságának növelése, a csúcsdózisú diszkinézia kiváltásának vagy fokozásának kockázatával. Ez utóbbi stratégia hasznos lehet, általában átmenetileg azokban az esetekben, amikor nincs csúcsdózisú diszkinézia, vagy amikor kevésbé tekinthető problematikusnak, mint a bifázisos típus.
- További lehetőség lehet a nagyobb, ritkább adagok alkalmazása a kiszámíthatóbb válasz érdekében, ami jobban lehetővé tenné a betegek számára a napi tevékenységek megtervezését.

Ha az orális terápia nem vezet eredményre, a következő stratégiák ajánlhatók

- Mély agyi stimuláció,
- Szubkután apomorfin penject,
- Szubkután apomorfin pumpa,
- Intesztinális levodopa adagolás.

#### OFF és kora reggeli disztónia kezelése

- A wearing-off (fluktuációk) szokásos stratégiái alkalmazhatók a perióduson kívüli disztónia esetén.
- A levodopa, retard levodopa vagy LCE vagy dopamin-agonista terápia éjszakai kiegészítő adagjai hatékonyak lehetnek az éjszaka vagy kora reggel megjelenő disztónia ellenőrzésére.

Ha az orális terápia nem vezet eredményre, a következő stratégiák ajánlhatók

- Mély agyi stimuláció,
- Szubkután apomorfin penject,
- Szubkután apomorfin pumpa,
- Intesztinális levodopa adagolás.

#### Freezing kezelése

A lefagyás, különösen a járás lefagyása gyakran OFF fázisban, ritkábban pedig az ON és OFF fázisban egyaránt előfordul. Ez utóbbi forgatókönyv gyakran nem reagál a dopaminerg stratégiákra.

- Az OFF-freezing lehetőségei megegyeznek a wearing off-nál leírtakkal.
- Ezenkívül a vizuális vagy auditív jelzések használata empirikusan hasznos a motoros cselekvés megkezdésének megkönnyítésére, miután a lefagyás bekövetkezett
- Az ON freezing esetében a dopaminerg terápia csökkentés kipróbálása ajánlott, bár ez a wearing off romlásához vezethet.

Ha az orális terápia nem vezet eredményre, a következő stratégiák ajánlhatók

- Mély agyi stimuláció,
- Szubkután apomorfin penject,
- Szubkután apomorfin pumpa,
- Intesztinális levodopa adagolás.

#### Járászavar kezelése

A járászavar és a testtartási instabilitás gyakran levodopa rezisztens tünetek, mivel a nem-dopaminerg pályák érintettek elsődlegesen. A pedunculopontine mag és egyéb kolinerg pályák károsodása jelentős szerepet játszik a járászavar és elesési hajlam kialakulásában.

Az antikolinerg hatású gyógyszerek fokozhatják a testtartási instabilitást és a járászavart, ezért ilyen esetekben a magas antikolinerg hatású gyógyszerek használatát át kell gondolni.

Emellett a kolinészteráz-gátlókat (donepezil és rivasztigmin) is vizsgálták az esések csökkentésére, azonban a legtöbb vizsgálat eredménye ellentmondásos.

Egy magas színvonalú vizsgálatban azonban rivasztigminnél pozitív volt az elsődleges kimenetel [82], a lépésidő-variabilitás javulását és az esések csökkenését igazolták.

**„Eszközös” kezelési lehetőségek az előrehaladott stádiumban lévő Parkinson-kórban****Ajánlás41**

**Előrehaladott Parkinson-kórban, amikor optimális per os gyógyszeres kezelés mellett legalább napi ötszöri gyógyszerbevitel vált szükségessé, vagy legalább napi 2 óra OFF időtartam vagy legalább napi 1 óra zavaró diszkinézia észlelhető, az eszközös kezelési lehetőségek alkalmazását fel kell vetni. (A)**

Az elérhető eszközös kezelésekre alkalmas betegprofil összehasonlítását táblázatban összegezzük (28. táblázat).

**28. táblázat:** Eszközös kezelések összehasonlítása előrehaladott Parkinson-kórban [80]

Jellemzők	Apomorfin	Mély agyi stimuláció (DBS)	Levodopa-carbidopa bégél (LCIG)
Fiatalabb életkor (<70 év)	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Idősebb kor (>70 év)	Valószínűleg alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Jó levodopa-válasz	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Határozottan alkalmas
Levodopa-rezisztens remegés	Nem alkalmas	Határozottan alkalmas	Nem alkalmas
Problémás diszkinézia	Lehetséges, hogy alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Jó kognitív funkciók	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Éjszakai alvászavarok	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Fájdalom	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Impulzuskontroll-zavar	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Súlyos depresszió	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Súlyos apátia	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Súlyos szorongás	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Enyhe demencia	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Multimorbiditás	Lehetséges, hogy alkalmas/Nem alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas/Nem alkalmas
Támogatás/gondozó hiánya	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas
Túlzott nappali aluszékonyosság	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Diszfágia	Valószínűleg alkalmas	Nem alkalmas	Valószínűleg alkalmas

**Levodopa intesztinális alkalmazása**

A motoros komplikációk kialakulásának legfontosabb okai a betegség progressziójával egyre inkább lecsökkenő striátonigrális dopaminerg neuronok száma, az egyre jobban beszűkülő levodopa terápiás tartomány és a nem megfelelő gyomorürülés. Az intrajejunális levodopa kezelés megkerüli a kiszámíthatatlan gyomorürülés problémáját, mivel egy programozható pumpa segítségével a gél állagú levodopát folyamatosan és egyenletesen a felszívódás helyére, a vékonybélbe juttatja abban a dózisban, ami elegendő a jó mozgásteljesítményhez. Ezen kezeléssel a levodopa vérben mért koncentrációja is közel állandó marad, így a jó és a rossz mozgásteljesítménnyel járó állapotok kiszámíthatatlan váltakozása javul vagy akár teljesen megszűnik, csakúgy, mint a túlmozgások súlyossága, a lefagyások és a disztóniform kényszertartások előfordulása és súlyossága is.

Magyarországon az levodopa/carbidopa intesztinális gél (LCIG) kezelés 2011. óta érhető el társadalombiztosítási támogatással, míg 2021-ben centrális törzskönyvezéssel a levodopa/entacapone/carbidopa gél (LECIG) jelenthet egy újabb terápiás lehetőséget. (Megjegyzendő, hogy jelenleg a LECIG nem rendelkezik társadalombiztosítási támogatással, kizárólag egyedi támogatással rendelhető).

Szemben a mély agyi stimulációval, az intesztinális levodopa kezelés idősebb életkorban és akár enyhe fokú kognitív érintettség esetén is alkalmazható. Az LCIG és LECIG kezelések indikációja és hatásmechanizmusa hasonló.

Intesztinális levodopa adagolás indikációi:

1. súlyos motoros fluktuáció zavaró diszkinéziával,
2. súlyos nem-motoros fluktuáció fájdalommal és diszfóriával az „off” órákban,
3. töredezett alvás az „off”-ban fellépő fájdalmak, éjjeli disztónia miatt,
4. amennyiben mély agyi stimuláció nem javasolt vagy a beteg nem egyezik bele.

A kezelés során jelentkező mellékhatások hasonlóak az orális levodopa készítmények alkalmazása során észlelt mellékhatásokkal, de ezeken túl számolni kell a PEG/J miatt esetleg jelentkező problémákkal, illetve az eszköz meghibásodásából származó és a szondával kapcsolatos technikai hibákkal is. Éppen emiatt kiképzett speciális nővér biztosítása szükséges az ellátás során. Az intesztinális adagolás mellett gyakrabban számoltak be polineuropátia megjelenéséről, melyet a csökkent B<sub>12</sub> és folsav felszívódás mellett egyéb tényezők is kiválthatnak.

### **Kezelést megelőző kivizsgálás**

Az intesztinális levodopa kezelést megelőzően speciális kivizsgálás elvégzése szükséges Parkinson Centrumban. A kivizsgálást több mozgászavar kezelésében jártas neurológusból álló teamnek ajánlott elvégeznie.

Az intesztinális levodopa pumpa kezelés alkalmazásának kritériumai:

- Parkinson betegség fennállása (G20H0).
- Legalább 5 éves, orvosi dokumentációban követhető betegség tartam.
- Orvosilag dokumentált a levodopa kezelés hatásossága a kórlefolyás során.
- Bár az alkalmazási előirat alapján nem kötelező, magyarországi viszonylatban ajánlott az intézeti keretek között végzett nazojejunális tesztelés. A nazojejunális teszt segítségével objektíven megítélhető a kezeléstől várható eredményesség, illetve a beteg és hozzátartozója is megismerheti a pumpa adagolás technikáját. A tesztelés pótolhatja a levodopa-tesztet.
- Orvosilag dokumentált magas levodopa igény (>500 mg/nap) a kórlefolyásban.
- Orvosilag dokumentált motoros és nem-motoros tüneti fluktuáció konvencionális levodopa kezelés mellett: Hauser-féle Parkinson betegnapló.
- A beteg kezelésére DBS nem alkalmazható vagy a páciens nem egyezik bele.
- Szükség esetén a kezelés kivitelezésében a beteget segítő gondozó személy jelenléte.
- Daganatos megbetegedés esetén onkológussal történő egyeztetés szükséges a várható haszon és kockázat megítélése érdekében.

Az intesztinális levodopa pumpa kezelést kizáró tényezők:

- Súlyos szellemi hanyatlás (MMSE < 15 pont).
- Ismert, nem dopaminerg gyógyszer kiváltotta, az alapkezeléssel összefüggést nem mutató, tartós pszichiátriai tünetek megléte.
- Súlyos látászavar.
- Súlyos gasztrointesztinális betegség.
- A kórelőzményben szereplő melanoma malignum.
- Ha a beteg a tesztvizsgálatok során képtelen együttműködni.
- Ha a beteg szóban vagy írásban elutasítja a kezelést.

A kezelés terminálása rendszeres beteg kontrollok során észlelteknél alapján:

- Bármikor, ha a beválasztási kritériumok megváltoznak.
- Bármikor, ha a kizárási kritériumok valamelyike jelentkezik.
- Ha olyan mellékhatás jelentkezik, amely alapján a kezelés megszüntetése javasolt.
- Ha a beteg vagy törvényes gondviselője ezt kéri.

Az intesztinális levodopa adagolórendszer részei és a készülék működése

- Pumpa. A pumpa alapvetően két részből áll: a napi gyógyszeradagot tartalmazó kazettából és a gyógyszer adagolásáért felelős elektronikából. A pumpa segítségével az aktuális igényeknek megfelelően szabályozható a levodopa adagolása.
- PEG/J szerelék egy olyan kis átmérőjű műanyag csőrendszer, mely a gél állagú levodopa tartalmú gyógyszert a hasfalon és a gyomron keresztül vezetve közvetlenül a jejunumba juttatja.



**Adagolás**

Alapvetően individuális. Az intesztinális levodopa pumpa nagyon rugalmas és az egyéni igényeket is figyelembe vevő gyógyszeradagolást tesz lehetővé.

- **Reggeli adag.** Az ébredést követően egyszerre egy nagyobb adag (általában 5-10 ml) levodopa gélt alkalmazunk, ami elegendő a csőrendszer feltöltésére, illetve alkalmas arra, hogy a levodopa gyorsan elérje a terápiás vérszintet. Ez az adag 100-200 mg levodopa tartalmú gyógyszernek felel meg, ami elegendő a mozgás „beindításához”.
- **Fenntartó adag:** felelős azért, hogy a levodopát folyamatosan a megfelelő fenntartó dózisban alkalmazzuk (átlagosan 1-7 ml/óra sebességgel, ami 20-140 mg/óra dózissal felel meg).
- **Extra adag.** Amennyiben a beteg úgy ítéli meg, hogy a mozgása kissé rosszabbá válik (például nagyobb mennyiségű fehérjét tartalmazó ebéd elfogyasztását vagy egy nagyobb fizikai aktivitást követően), úgy alkalmanként a fenntartó dózison felül is adagolhat gyógyszert.

Levodopa/carbidopa intesztinális gél (LCIG)

Levodopa/carbidopa intesztinális gél az előrehaladott Parkinson-kóros betegek esetén alkalmazható, akiknél a motoros fluktuációkat az optimális per os gyógyszereléssel sem lehet kontrollálni. A LCIG nemcsak az OFF időt, hanem a diszkinézia súlyosságát is képes javítani [83]. Speciális indikációt képezhet a mély agyi stimulációval nem megfelelően kontrollálható tünettan [84], [85]. (29. táblázat)

**Indikáció és dózis**

**29. táblázat:** Az LCIG kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előírat alapján)	Dózis (alkalmazási előírat alapján)
DUODOPA (levodopa / carbidopa) 20 mg/ml + 5 mg/ml intesztinális gél	- Levodopára reagáló, súlyos motoros fluktuációval és hiperkinéziával vagy diszkinéziával járó, előrehaladott Parkinson-kór olyan esetei, amikor az antiparkinson szerek rendelkezésre álló gyógyszer-kombinációi nem hoznak kielégítő eredményt.	- individuális - A reggeli bólus adagot pumpával adagolják a gyors (10-30 perc alatti) terápiás dózisszint elérése céljából. Az adagot a beteg előző napi reggeli levodopa bevitele alapján + szonda holtterét feltöltő gél mennyisége alapján kell kiszámítani. A reggeli összdózis általában 5-10 ml; ez 100-200 mg levodopának felel meg - A folyamatos fenntartó dózis 2 mg/óra (0,1 ml/óra) lépésekben állítható be. Az adagot a beteg előző napi levodopa bevitele alapján kell kiszámítani. - Az ajánlott maximális napi adag 200 ml. Kivételes esetekben ennél nagyobb adagra is szükség lehet. - A kezelés általában a beteg ébrenléte alatt történik. Amennyiben ez orvosi szempontból indokolt, akár 24 órán keresztül is alkalmazható.

**Ajánlás<sup>42</sup>**

**Az LCIG kezelés kizárólag ez előrehaladott Parkinson-kórban használható, amikor a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerekkel nem kielégítően kontrollálhatók a motoros komplikációk. Az LCIG kezelés indikációjának felállítása és a kezelés beállítása Parkinson Centrumban kell, hogy történjen. (A)**

**Hatékonyság**

A jejunum területére PEG/PEJ rendszeren keresztül, egy motoros pumpa segítségével bejuttatott levodopa/carbidopa intesztinális gél (LCIG) csökkenteni tudja a motoros komplikációk súlyosságát. A megfelelően beállított LCIG kezelés a diszkinézia súlyosságát is képes csökkenteni. Korai Parkinson-kórban nem alkalmazható (nincs törzskönyvi indikációja). A LCIG kezelést általában monoterápiában alkalmazzuk, bizonyos esetekben egyéb antiparkinson szerekkel együtt is alkalmazható [78]. A vékonybélbe juttatott levodopa/carbidopa intesztinális gélt felszívódása folyamatos, így csökken vagy megszűnik a pulzatív hatás és ezzel párhuzamosan a motoros fluktuációk is javulhatnak.

Levodopa/entacapone/carbidopa intesztinális gél (LECIG)

Levodopa/entacapone/carbidopa intesztinális gél az előrehaladott Parkinson-kóros betegek esetén alkalmazható, akiknél a motoros fluktuációkat az optimális per os gyógyszereléssel sem lehet kontrollálni. Jelenleg Magyarországon társadalombiztosítási támogatással nem érhető el a 2022. szeptemberi állapot szerint (30. táblázat)

**Indikáció és dózis****30. táblázat:** A LECIG kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
LECIG (levodopa / entacapone / carbidopa) 20 mg/ml + 5 mg/ml + 20 mg/ml intesztinális gél	– Súlyos motoros fluktuációval és hiperkinéziával vagy diszkinéziával járó, előrehaladott Parkinson-kór olyan esetei, amikor az orális antiparkinson szerek rendelkezésre álló gyógyszer-kombinációi nem hoznak kielégítő eredményt.	– individuális – A reggeli bólus adagot pumpával adagolják a gyors (10-30 perc alatti) terápiás dózisszint elérése céljából. A reggeli összdózis általában 5-10 ml; ez 100-200 mg levodopának felel meg – A folyamatos fenntartó adag 2 mg/óra (0,1 ml/óra) lépés fokban állítható be. – A folyamatos fenntartó dózis általában 0,7-5,0 ml/óra (15-100 mg levodopa/óra). – Az ajánlott maximális napi adag 100 ml (2000 mg levodopa). – A kezelés általában a beteg ébrenléte alatt történik. Amennyiben ez orvosi szempontból indokolt, akár 24 órán keresztül is alkalmazható.

A fenntartó adag alkalmazása során a levodopa plazmakoncentráció/idő profilja némileg eltér a kizárólag levodopa és karbidopa hatóanyagú intesztinális gélekkel kapcsolatban korábban tapasztaltaktól, mivel a nap folyamán fokozatosan nő a levodopa plazmakoncentrációja. Egyedi szükséglet esetén a pumpa előre beprogramozható arra, hogy legfeljebb három fenntartó dózist adagoljon a nap (24 óra) folyamán. Amennyiben a diszkinéziák a nap második felében jelentkeznek, lehetséges, hogy a dózist a nap közepén 10–20%-kal csökkenteni kell. A fenntartó adagokat titrálva kell meghatározni a kívánt klinikai válasz eléréséhez. Az extra dózist egyénileg kell beállítani, amely normál esetben kevesebb, mint 3 ml. Amennyiben naponta ötnél több extra dózis szükséges, meg kell fontolni a fenntartó adag emelését.

Dózistitrálás a levodopa/karbidopa alkalmazásról LECIG-re való átállás során

A LECIG egyik hatóanyaga az entacapone, amely fokozza a levodopa hatását. Emiatt szükségessé válhat a teljes napi adag – átlagosan 20-35%-kal való – csökkentése a korábban COMT-gátlók alkalmazása nélkül használt levodopa és karbidopa dóziséhez képest. Tekintettel arra, hogy az entacapone levodopára kifejtett hatása dóziszfüggő, a nagy dózisokat alkalmazó betegek esetén nagyobb mértékű dóziscsökkentés várható.

Dózistitrálás a levodopa/benserazide alkalmazásról LECIG-re való átállás során

Az entacapone a levodopa biohasznosulását standard levodopa/benserazide kombináció alkalmazásakor némiképp (5-10%-kal) jobban növeli, mint standard levodopa/karbidopa kombináció esetén. A levodopa/benserazide alkalmazásáról LECIG-re való átállást nem vizsgálták.

Dózistitrálás a levodopa/karbidopa/entacapone alkalmazásáról LECIG-re való átállás során

A kezdeti dózis beállítása a beteg napi levodopa bevitelén alapul. A reggeli adagot a beteg előző reggeli levodopa bevitelén alapján, valamint a szonda holtterét feltöltő gél mennyisége alapján kell kiszámítani. A folyamatos fenntartó adag aránya átszámítva 1:1 és a beteg napi levodopa bevitelén alapul (a reggeli adagot leszámítva). Ezt követően a beállítás fokozatos dózistitrálással történik a kívánt hatás eléréséig, a klinikai tünetek figyelembevétele mellett.

**Hatékonyság**

A duodenális levodopa/carbidopa/entacapone infúziós terápia jelenleg elérhető levodopa/carbidopa intesztinális gél kezelés alternatívája. A LECIG kezelésre vonatkozó nemzetközi irányelv jelenleg nem érhető el, így a magyar irányelv készítésekor szükségesnek tartjuk a rendelkezésre álló evidenciák részletes bemutatását az ajánlások megfogalmazásához.

Egy randomizált és keresztezett vizsgálatban a LECIG és a LCIG kezelés hatékonyságát és farmakokinetikai jellemzőit hasonlították össze. A 48 órás vizsgálatba 11 beteget vontak be [86].

Eredmények:

- A levodopa szisztémás expozíció ( $AUC_{0-14}$ ) nem különbözött szignifikánsan a LECIG és LCIG között (arány, 1.10 [95% konfidencia intervallum, 0.951-1.17]).
- LECIG kezelés mellett a dózishoz korrigált levodopa expozíció ( $AUC_{0-14}/\text{dózis}$ ) szignifikánsan magasabb volt [42.7 (14.1) vs. 31.9 (9.4) (ng $\cdot$ h/mL)/mg átlag és SD,  $P = 0.00013$ ]
- A klinikai hatékonysági mutatók nem különböztek lényegesen a LECIG és LCIG között. ( $P = 0.84$ ).

Következtetés: A LECIG alacsonyabb dózisban alkalmazva is hasonló levodopa vérszintet és klinikai hatást eredményez, mint a LCIG. Az alacsonyabb dózisszükséglet teoretikusan jobb mellékhatásprofil és alkalmazhatóságot vetít előre, melyet hosszú távú vizsgálatokkal kell igazolni.

Egy duplavak, keresztezett vizsgálatban a LECIG és LCIG farmakokinetikai jellemzőinek az összehasonlítását végezték el a COMT enzim genetikai polimorfizmusának a tükrében [87].

Eredmények:

- LECIG és LCIG kezelés során a levodopa vérszint nem-lineáris modell alapján megjósolható.
- A levodopa vérszint csökkenése LCIG esetén szignifikánsan gyorsabb (7.9 L/h/70 kg), mint a LECIG esetén 17.5 L/h/70 kg)
- Populáció szintjén a LECIG folyamatos fenntartó adagja 36,5%-kal alacsonyabb a LCIG kezeléséhez képest.
- A rs4680 (a COMT gén polimorfizmusa), rs921451 és a rs3837091 (DDC gén polimorfizmusa) lényegesen nem befolyásolta a LECIG vérszintet, azaz ezen genetikai polimorfizmusok ismerete nem szükséges a LECIG kezelés alkalmazásához, illetve a polimorfizmus előfordulásától függetlenül az átlagos 36,5% dózisredukció használható LECIG-re váltás során

Következtetés: LECIG kezelés a COMT és DDC gén polimorfizmusoktól függetlenül átlagosan 36,5%-kal alacsonyabb fenntartó dózis mellett képes hasonló levodopa vérszintet és tüneti javulást elérni, mint a jelenleg alkalmazott LCIG kezelés.

Egy nyílt vizsgálat során 24 előrehaladott Parkinson-kóros beteg kezelésében vizsgálták a LECIG hatékonyságát, mellékhatásait és a kezelés szövődményeit [88].

Eredmények:

- 24 beteg (11 nő és 13 férfi) került bevonásra (átlagos életkor: 71,5 év, átlagos betegségtartam: 15,5 év)
- Medián kezelési idő: 305 nap volt. A medián reggeli adag 6,0 ml, a medián fenntartó adag: 2,5 ml/óra, míg a medián extra dózis 1,0 ml volt.
- A bevont betegek fele de novo beteg volt, míg a másik fele LCIG kezeléssel váltott LECIG kezelésre.
- A de novo LECIG kezelésben részesülő betegek a per os gyógyszeres kezeléshez képes jobb mozgásteljesítményről számoltak be
- A LCIG-ről váltó betegek a LECIG pumpa kisebb méretét előnyként sorolták fel.
- A vizsgálati időszakban 6 beteg szakította meg a kezelést (3 hányinger, 1 hallucináció, 2 haláleset -1 COVID-19, a másik betegnél hirtelen szívhalál miatt).

Következtetés: A LECIG az elvárható mértékben képes az előrehaladott Parkinson-kór tüneteit javítani, miközben a kezeléshez használt pumpát a LCIG pumpához képest a betegek előnyösebbnek (kisebb méretűnek és könnyebb súlyúnak) értékelték.

A jelenleg elérhető evidenciák alapján a LECIG a jelenleg elérhető LCIG kezelés alternatívája. Klinikailag hasonló tüneti javulás érhető el alacsonyabb dózis alkalmazása mellett. Átlagosan 36,5% alacsonyabb LECIG dózis elegendő a hasonló levodopa vérszint fenntartásához. A hosszú távú következtetések eredményei hiányoznak.

### Ajánlás43

**A LECIG kezelés kizárólag ez előrehaladott Parkinson-kórban használható, amikor a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerekkel nem kielégítően kontrollálhatók a motoros komplikációk. A LECIG kezelés indikációjának felállítása és a kezelés beállítása Parkinson Centrumban kell, hogy történjen. (C)**

#### *Funkcionális idegsebészeti beavatkozások*

Funkcionális idegsebészeti eljárások alatt olyan beavatkozásokat értünk, amelyek célja nem egy kóros terület vagy elváltozás eltávolítása, hanem a kóros idegrendszeri működés helyreállítása. Alapvetően roncsolásos és elektromos, vagy kémiai modulációs eljárásokat alkalmazhatunk a klinikai gyakorlatban.

#### *Ablatív műtétek*

Az ablatív műtétek során hő-, rádiófrekvenciás vagy ultrahangos módszerrel a pallidum belső szegmensének (pallidotomia) vagy a thalamus ventralis intermedius magcsoportjának (thalamotomia) irreverzibilis és szelektív roncsolását végzik. A tradicionális minimálisan invazív sztereotaxiás beavatkozások mellett megjelent az MRI vezérelt fókuszált ultrahanggal végzett ablatív kezelési módszer is [89].

### Ajánlás44

**A féloldali pallidotomia levodopa kezelés kiegészítéseként hatékony az ellenoldali motoros tünetek javítására és az ellenoldali motoros komplikációk (diszkinézia, fluktuáció) tüneti kezelésére. Mellékhatásprofil és irreverzibilitása miatt pallidotomiát csak speciális esetekben javasolt alkalmazni. (B) [24]**

A féloldali thalamotomia valószínűleg hatékony az ellenoldali motoros tünetek (főleg tremor) kezelésére. Az ablatív műtétek megfelelő intraoperatív monitorizálás mellett biztonságos eljárásnak tekinthetők. Az ablatív műtétekkel jelentős fokú, több évig tartó tüneti javulás érhető el, azonban kétoldali ablatív beavatkozások végzése nem javasolt magas morbiditás (nyelészavar, dizartria, paresztézia és ataxia) miatt. Bár jelenleg nem állnak rendelkezésre direkt összehasonlító vizsgálatok, irreverzibilis jellege és a kétoldali műtéteknél jelentkező fokozott morbiditás kockázata miatt az ablatív műtétek alkalmazása háttérbe szorult és elsősorban a mély agyi stimuláció elvégzése javasolt. Azonban bizonyos egyedi esetekben a féloldali pallidotomia és thalamotomia továbbra is alkalmazható [90].

#### *Mély agyi stimuláció*

A mély agyi stimuláció egy olyan funkcionális idegsebészeti kezelési eljárás, mely hatását bizonyos agyi központok elektromos ingerlésén, az úgynevezett neuromoduláción keresztül fejti ki. Az ablatív (roncsolásos) műtétekkel szemben a mély agyi stimuláció alkalmazása korszerűbb és a klinikai gyakorlat alapján kevesebb mellékhatással járó eljárás. Kétoldali stimuláció biztonságosan alkalmazható, számos mellékhatás a stimulációs paraméterek állításával megszüntethető vagy csökkenthető. Hatása reverzibilisen módosítja az idegsejtek működését, a tünetek súlyosságától függően a stimulációs paraméterek változtathatók.

A mély agyi stimuláció a Parkinson-kór előrehaladott stádiumában alkalmazható. Egyik legnagyobb előnye, hogy hatását a nap 24 órájában folyamatosan kifejti, a nucleus subthalamicus és a globus pallidus internus stimuláció a mozgásteljesítmény fluktuációját jelentősen csökkenti. Három kontrollált vizsgálat igazolta, hogy előrehaladott Parkinson-betegségben, motoros fluktuáció fennállásakor a mély agyi stimuláció nagyobb mértékben javíthatja a motoros tüneteket, illetve az életminőséget, mint a gyógyszeres terápia. A terápia hatása tartós, az első 10 éven át tartó követéses vizsgálat a nucleus subthalamicus stimuláció tartós hatását igazolta. A végtagi tünetek nagyobb mértékben javulnak DBS kezeléssel, míg a betegség progressziója során megjelenő, fokozódó axiális tüneteket (levodopára nem reagáló járászavar, egyensúlyzavar) kevésbé befolyásolja.

A műtéttel összefüggő halálozás vagy maradandó károsodás kialakulásának esélye centrumonként 0,5–3% között változik, míg a műtéttel összefüggő reverzibilis komplikáció esélye 5% alatti. Pszichiátriai, rendszerint átmeneti mellékhatások a műtét után megjelenhetnek, de megfelelő posztoperatív gondozással javíthatók. A Parkinson-kórra jellemző frontális diszzekutív szindróma a műtét után súlyosabbá válhat. Nincs bizonyíték arra, hogy demencia mély agyi stimuláció következtében fejlődne ki.

#### Mély agyi stimuláció célpontjai

A klinikai gyakorlatban három műtéti célpont stimulációja javasolt Parkinson-kórban. Annak ellenére, hogy Parkinson-kórban a leggyakrabban az STN DBS kezelés használatos, az optimális műtéti célpont kiválasztása a beteg egyéni tünete alapján történik.

#### Szubthalamikus mag stimuláció

A kétoldali subthalamikus mély agyi stimuláció (STN DBS) a bradikinézia, a rigiditás, a tremor, a mozgás indítási nehezítettség és a motoros komplikációk jelentős javulását eredményezi. Az STN DBS-kezelés mellett OFF stádium tüneteinek átlagosan 50–70%-kal csökkenthetők, míg az ON időszak átlagosan hat órával megnövelhető. Az STN DBS-kezelés egyik előnye, hogy általában körülbelül 50%-kal csökkenthető a korábban szedett antiparkinson gyógyszerek mennyisége is, és ez hozzájárul a levodopa indukálta diszkinéziák csökkenéséhez, megszűnéséhez. Emellett a magas dózisu gyógyszeres terápia mellékhatásai is csökkenthetők vagy elkerülhetők. Néhány tünet, mint a járászavar, egyensúlyzavar vagy a Parkinson-kórra jellemző dizartria, a műtét után fokozódhat. Az első 10 éven át tartó követéses vizsgálat a nucleus subthalamicus stimuláció tartós hatását igazolta. Hatékonysága IPMDS irányelv alapján A szintű [24].

#### Pallidális stimuláció

A pallidum belső szegmensének ingerlése (GPi DBS) aktívan képes a hiperkinézisek csökkentésére. Valószínűleg egyenrangúan hatásos a rigor és bradikinézia csökkentésében, mint az STN-stimuláció, a tremort viszont jelentősen nem csökkenti. Alkalmazásával kapcsolatban azonban kevesebb hosszú távú adat áll rendelkezésre. A pallidális stimulációs kezelés mellett az alkalmazott antiparkinson gyógyszerelés gyakran nem csökkenthető számottevően. Hatékonysága IPMDS irányelv alapján A szintű [24].

#### Thalamus stimuláció

A thalamus nucleus ventralis intermedius mag stimulációja szinte kizárólag a tremort csökkenti, a Parkinson-kór egyéb tüneteire hatása mérsékelt. Speciális esetekben alkalmazzák, például, ha idős betegnek izolált, gyógyszeres kezelésre nem reagáló tremora van, és STN-stimuláció nem alkalmazható.

#### A mély agyi stimuláció indikációi

##### **Ajánlás45**

**Parkinson-kórban a mély agyi stimulációs kezelés az alábbi indikációkban alkalmazható:**

- **Gyógyszeresen nem kezelhető, az életvitelt zavaró mértékű tremor.**
- **Előrehaladott Parkinson-kórban az optimális gyógyszeres kezelés ellenére fennálló motoros fluktuációk. Olyan gyógyszeresen nem kezelhető súlyos fokú fluktuációk, melyek a beteg életvitelét zavarják. Ezen indikáció esetében legalább öt éves betegségtartam és a levodopa teszten legalább 30%-os javulás elérése szükséges a MDS-UPDRS motoros részében.**
- **Munkaképességet vagy az életvitelt zavaró mértékű (UPDRS-II >6 pont) korai fluktuáció (<3 év) esetében 60 évnél fiatalabb, aktív életvitelt folytató, H-Y <3 stádiumú betegeknél, amennyiben a Parkinson-kór legalább négy éve fennáll és a levodopa-teszten legalább 50%-os javulás észlelhető a UPDRS motoros részében. (A)**

##### **Ajánlás46**

**Kivételes esetekben, egyéni elbírálás alapján, a kivizsgálást végző munkacsoport véleménye alapján mély agyi stimulációs műtéti indikációt képezhet, ha a beteg nem kezelhető megfelelően per os dopaminerg gyógyszerekkel (például felszívódási zavar esetében) vagy ha a per os gyógyszeres terápia impulzuskontroll zavar miatt nem állítható be optimálisan. Ezen esetekben a mély agyi stimulációs kezelés kizárólag az egyénre szabott kockázat és haszon gondos mérlegelését követően szabad csak indikálni. (C)**

Fontos a mély agyi stimuláció bevezetésének időzítése. A műtét elvégzése az előrehaladott stádium elején is javasolt, mikor a betegek szociális körülményei még nem változtak jelentősen, és esetleg még megőrizhetik munkaképességüket.

*DBS kivizsgálás során kötelezően elvégzendő vizsgálatok:***Ajánlás47**

**A mély agyi stimulációs kezelést megelőző kivizsgálást mozgászavarok kezelésében jártas neurológus munkacsoportnak (DBS centrum) kell végezni a vonatkozó irányelvek figyelembevételével és a társszakmák bevonásával. (A)**

- Fizikális vizsgálat,
- MDS-PD (esetleg UKPDSBB) kritériumrendszer alapján a Parkinson-kór klinikai diagnózisa felállítható-e,
- Koponya-MRI (amennyiben kontraindikált koponya-CT),
- Neuropszichológiai vizsgálatok (depresszió, kognitív teljesítmény),
- Levodopa-teszt (UPDRS vagy a MDS UPDRS),
- Betegnapló (ON állapot, ON enyhe diszkinéziával, ON súlyos diszkinéziával, OFF állapot, alvással töltött idő jelölése félóránként legalább 24 órán keresztül),
- Helyi vizsgálati protokollok vagy a beteg speciális esete további vizsgálatok elvégzését is megkövetelhetik, mint például tremorometria elvégzését amennyiben a zavaró tremor képezi a műtéti indikációt, illetve a differenciál-diagnosztika érdekében egyéb képalkotó vizsgálatok elvégzését is.

*DBS műtét elvégzése kontraindikált:*

- Klinikai kritériumrendszer alapján a Parkinson-kór diagnózisa nem állítható fel. Mivel az eddigi rendelkezésre álló tapasztalat alapján a nucleus subthalamicus stimuláció hatástalan egyéb Parkinson-szindrómákban (MSA, PSP stb.), így ezeknek a betegcsoportoknak a műtét nem ajánlott. Kivételt képez a gyógyszer-rezisztens tremor miatt javasolt talamikus stimuláció, mivel a Vim stimuláció nemcsak a parkinsonos tremort képes csillapítani.
- Súlyos kognitív teljesítmény romlás esetén (demencia diagnózisa felállítható a DSM-IV-TR vagy DSM-5 alapján vagy a Mattis Demencia Becslő Skála pontérték <125 pont).
- Súlyos fokú, gyógyszeresen nem megfelelően kezelhető depresszió (Beck-II pontszám >20 pont megfelelő pszichiátriai kezelés mellett).
- Pszichotikus tünetek (például zavartság, érzéksalódások, téveszmék) jelenléte, melyek nem a magas dózisú dopaminerg terápia mellékhatásai.
- Koponya-MRI-vizsgálaton észlelt bármely eltérés, mely a DBS műtét elvégzésével interferál.
- Levodopa kezelésre nem reagáló tünettan (kevesebb mint 30%-os javulás a UPDRS-III, illetve a MDS-UPDRS III. részében).
- Levodopa kezelésre nem reagáló tünetek dominálják a klinikai képet (kivéve a gyógyszer-rezisztens tremor indikációt).
- Életkilátást jelentősen csökkentő társbetegség jelenléte.
- Együttműködés olyan fokú hiánya, ami a kezelés eredményességét negatívan befolyásolja.
- Súlyos személyiség- és viselkedésszavar, alkohol-, gyógyszerfüggőség.
- Idegsebészeti kontraindikációk, mint például súlyos agyi atrófia, vérékenység.
- Korábbi ablatív, vagy egyéb idegsebészeti beavatkozás után fokozott körültekintés szükséges a DBS kezelés előnyeinek és kockázatainak felmérésekor, illetve a beültetett eszköz és célpont kiválasztásakor.
- Krónikus immunszuppresszió, illetve az antikoaguláns terápia esetében fokozott körültekintés szükséges a DBS kezelés előnyeinek és kockázatainak felmérésekor.

Dopaminerg kezelés indukálta pszichózis demencia nélkül nem képez kontraindikációt, amennyiben a gyógyszeres kezelés módosítását követően a pszichotikus tünetek teljesen remisszióban vannak és a beteg nem igényel tartós antipszichotikus kezelést.

*Az optimális DBS kezelési mód meghatározása*

A DBS műtét indikációjának, illetve kontraindikációjának megítélése a fenti vizsgálatok dokumentálását követően egy mozgászavarok kezelésében jártas neurológus munkacsoport feladata (DBS centrum). A tünetek részletes értékelése után megbecsülhető, hogy melyek fognak javulni DBS kezeléssel. Műtét akkor javasolható, ha az várhatóan jelentősen fogja javítani a beteg műtét utáni állapotát.

Amennyiben levodopa-kezelésre nem reagáló tünetek, például axiális tünetek, PIGD vagy beszédzavar dominálják a klinikai képet, úgy a mély agyi stimuláció hatékonysága korlátozott.

A neurológusokból és idegsebészekből álló műtéti orvoscsoport a beteg tünetei alapján határozza meg az elektród implantáció optimális célpontját. A műtéti célpont a kivizsgálás alapján egyedileg kerül meghatározásra az optimális

terápiás válasz elérése érdekében. A részletes, egyéni klinikai értékelés, az előny-kockázat elemzés elősegíti, hogy a betegnek reális elvárásai legyenek a műtét kimenetelét illetően.

A stimulátor típusának kiválasztása szintén egyénileg történik.

- Szubtalamikus stimuláció során a szegmentált/direkcionális elektródák használata preferálandó.
- A beteg életkora, alapbetegsége, a várható energiafogyasztás (GPi DBS > Vim és STN DBS), illetve a töltéshez szükséges képességek megléte alapján lehet újratölthető vs. nem újratölthető rendszert választani.
- Szintén az életkortól, az alap- és társbetegségektől függ, hogy a teljes test MRI kondicionalitás megléte szükséges-e.
- A telemedicina keretén belüli távprogramozás lehetősége szintén lényeges szempontként merülhet fel, amellyel kapcsolatban a beteg preferenciáját is figyelembe kell venni.

#### DBS kezelés követése

Speciális tapasztalattal rendelkező neurológus munkacsoport végzi a stimulátor beállítását, és a továbbiakban segíti a gondozó orvosok munkáját. A beültetés után legalább évente egy alkalommal részletes állapotfelmérés javasolt a DBS Centrumban, mely magába foglalja a neuropszichológiai tesztelést, UPDRS vagy az MDS-UPDRS és betegnapló felvételét, a terápia hatékonyságának és a betegség progressziójának nyomon követését. Helyi protokoll alapján a rutin klinikai kontroll vizsgálatok gyakorisága 1–6 hónap között változhat a beteg állapota és a beültetés óta eltelt idő függvényében. Technikai problémák, hirtelen kialakult állapotromlás esetén lehetőséget kell biztosítani a soron kívüli ellenőrző vizsgálatok elvégzésére.

#### **Biztonságosság**

A műtéttel kapcsolatos halálozás vagy maradandó károsodás kialakulásának esélye centrumonként 0,5–3% között változik. A műtéttel összefüggő reverzibilis komplikációk előfordulási esélye 5% alatti. A műtét alatt vérzés, illetve az implantátum körül gyulladás alakulhat ki. A DBS rendszer esetleges későbbi sérülése miatt kiegészítő műtetre lehet szükség. Pszichiátriai, rendszerint átmeneti mellékhatások a műtét után megjelenhetnek, de megfelelő posztoperatív gondozással megszüntethetők. A Parkinson-kórra jellemző frontális diszexekutív szindróma a műtét után súlyosabbá válhat.

#### **Apomorfin pumpa**

A dopamin agonista hatású apomorfin folyamatos szubkután adagolása az „optimális” per os gyógyszerelés mellett is fellépő és nem megfelelően kezelhető motoros komplikációk esetében alkalmazható.

Az apomorfin egy D<sub>1</sub>- és D<sub>2</sub>-dopaminreceptor-agonista, mely gyors hatáskezdetű. Korai fluktuációkban intermittáló injekcióként használják az OFF időszakokban (pen), míg az előrehaladott Parkinson-kórban folyamatos szubkután infúzió formájában, hordozható pumpa segítségével.

#### **Indikáció és dózis**

##### **Ajánlás48**

**Az apomorfin infúzió kizárólag az előrehaladott Parkinson-kórban használható, amikor a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerekkel nem kielégítően kontrollálhatók a motoros komplikációk. (A) [20]**

Bár az apomorfin pumpa fő indikációja az előrehaladott PK-ban észlelt fluktuáció (31. táblázat), további indikációt képez az az eset, ha az apomorfin tollat naponta legalább 5-10 alkalommal kényszerül használni a beteg az OFF állapotok javítására. (Alkalmazási előirat). Speciális indikációt képezhet a mély agyi stimulátor beültetést követő posztoperatív időszak [91], a mély agyi stimulációval nem megfelelően kontrollálható tünettan [84], [85]. (28. táblázat)

**31. táblázat:** A apomorfin pumpa kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
apomorfin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parkinson-kórban szenvedő betegeknél a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerrel nem kielégítően kontrollált motoros hullámzások („ON-OFF” jelenségek) kezelése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– kezdő adag 1 mg apomorfin-hidroklorid-hemihidrát (0,1 ml) injekció adható be szubkután</li> <li>– napi dózisa betegenként eltérő, jellemzően a 3-tól 30 mg-os tartományban van, amit 1 és 10 közötti alkalommal, esetenként akár napi 12 különálló injekció formájában adnak be</li> </ul>

Az apomorfin infúziós oldattal történő kezelésre kiválasztott betegeknek képesnek kell lenniük arra, hogy felismerjék az „OFF” tünetek kezdetét, képesek legyenek maguknak beadni az injekciót és állítani a pumpán, vagy legyen egy felelős gondozójuk, aki szükség esetén ezt el tudja végezni helyettük.

Az apomorfinnal kezelt betegeknek általában legalább két nappal a terápia megkezdése előtt el kell kezdeniük a domperidon előkezelést. A domperidon adagját a legalacsonyabb hatásos dózissal kell titrálni, és a domperidont a lehető leghamarabb abba kell hagyni. A domperidon és apomorfin kezelés megkezdésére vonatkozó döntés előtt gondosan fel kell mérni a QT-intervallum megnyúlásának kockázati tényezőit az adott betegnél, hogy az előny meghaladja a kockázatot.

#### **Ajánlás49**

**Az apomorfin infúziós kezelést ellenőrzött környezetben kell elkezdni. A beteget a Parkinson-kór kezelésében jártas orvosnak kell felügyelnie az optimális dózis beállítása érdekében. (B)**

Azok a betegek, akik az apomorfin terápia kezdeti szakaszában jó „ON” időszaki választ mutattak, de akiknek az általános kontrollja nem kielégítő az intermittáló injekciók alkalmazása, illetve azok, akiknek sok és gyakori pen injekcióra van szükségük (több mint 5-10 naponta), a folyamatos szubkután infúziós kezelésre váltás javasolt.

Az orvos határozza meg a beteg sajátos igényeinek megfelelően, hogy melyik minipumpát és/vagy fecskendőhajtót használja, és a szükséges adagolási beállításokat is.

A folyamatos infúziót 1 mg apomorfin-hidroklorid-hemihidrát (0,2 ml) óránkénti adagolással kezdik, majd az egyéni reakciónak megfelelően a dózist naponta növelik. Az infúziós sebesség növelése nem haladhatja meg a 0,5 mg-ot legalább 4 órás időközönként. Az óránkénti infúziós sebesség 1 mg és 4 mg (0,2 ml és 0,8 ml) között lehet, ami 0,014-0,06 mg/kg/óra mennyiségnek felel meg. Az infúzió csak az ébrenléti órák alatt tarthat. Hacsak a betegnek nincsenek súlyos éjszakai problémái, a 24 órás infúziók nem javasoltak. Úgy tűnik, hogy a terápiával szembeni tolerancia nem jelentkezik, amíg legalább 4 órás kezelés nélküli éjszakai időszak biztosított. Az infúziós helyet mindenesetre 12 óránként cserélni kell.

A betegeknek szükség esetén és az orvos utasításai szerint a folyamatos infúziót időnkénti bólusnöveléssel kell kiegészíteniük.

Más dopamin-agonisták adagjának csökkentése megfontolandó a folyamatos infúzió alatt.

Az apomorfin infúziós oldat napi adagja betegenként nagymértékben változik, jellemzően 3-30 mg közötti. Ajánlott, hogy az apomorfin-hidroklorid-hemihidrát teljes napi adagja ne haladja meg a 100 mg-ot.

A klinikai vizsgálatokban általában sikerült a levodopa adagjának bizonyos mértékű csökkentését elérni, ez a hatás azonban betegenként jelentősen változik.

A kezelés megkezdése után a domperidon-terápia fokozatosan csökkenthető néhány betegnél, de csak pár betegnél lehet sikeresen megszüntetni hányás vagy hipotenzió nélkül.

#### Apomorfin kontraindikációja

- A hatóanyaggal vagy a segédanyagok bármelyikével szembeni túlérzékenység.
- Légzési elégtelenségben, demenciában, pszichotikus betegségekben vagy májelégtelenségben szenvedő betegeknél.
- Az apomorfin-hidroklorid-hemihidrát kezelés nem adható olyan betegeknek, akiknél a levodopára adott „ON” válasz súlyos diszkinéziával vagy disztóniával tarkított.
- Impulzus-kontroll zavarok esetén.

#### **Hatásosság**

Nincs elegendő evidencia, hogy az apomorfin képes kivédeni/késleltetni a betegség progresszióját. Korai PK-ban nem alkalmazható az apomorfin. Az apomorfin intermittáló injekciók „klinikailag hasznosak” a motoros fluktuációk, különösen a gyors javulást igénylő OFF-periódusok esetében. A szubkután apomorfin folyamatos infúzióját széles körben alkalmazzák a klinikai gyakorlatban a motoros szövődémmel küzdő betegeknél.

#### **Biztonságosság**

A vizsgálatok alapján az apomorfin használata biztonságos, a mellékhatások rizikója elfogadható. Speciális monitorozást nem igényel a dopaminerg mellékhatások szűrésén kívül.



### **Parkinson-kór nem-motoros tüneteinek kezelése**

#### *Obstipáció*

A székrekedés a leggyakoribb gyomor-bélrendszeri tünet Parkinson-kórban. Az antikolinerg szerek súlyosbíthatják a székrekedést.

- Antikolinerg hatású gyógyszerek (például első generációs antihisztaminok, triciklikus antidepresszánsok stb.) elhagyása vagy dóziscsökkentése.
- Rosttartalom növelése az étrendben.
- A napi fizikai aktivitás növelése.
- Polyethylen glycol oldata (macrogol) napi adása.
- Methylcellulose adása.
- Ozmotikus laxatívumok adása (Lactulose).
- Egyéb laxatívumok alkalmazása.
- Probiotikumok használata.

#### *Diszfágia*

A betegség progressziója során a nyelészavar, mint axiális tünet, egyre kifejezettebbé válhat. A diszfágia a betegség súlyosságával függ össze, látens aspirációt, aspirációs pneumóniát, alultápláltságot és dehidrációt okozhat.

Kivizsgálása során fül-orr-gégészeti vizsgálat, nyelőcső- és gasztroszkópia, szükség szerint video-fluoroszkópia elvégzése javasolt. Nincs jó minőségű evidencia a kezelésre. A látens aspirációt el kell kerülni a lehetséges szövődmények miatt.

- Motoros kontroll optimalizáció: a levodopa adagolása javíthatja a diszfágia súlyosságán. A levodopa és az apomorfin javíthatja a nyelés korai fázisait, de csökkentheti a nyelés hatékonyságát.
- Ételek állagának módosítása (például pépesítés, folyadék sűrítése) az enyhe esetekben javíthatja a panaszokon.
- A rehabilitációs kezelések és az ételek/italok módosítása egyes betegeknek hatásos lehet.
- Súlyosabb esetekben, vagy aspirációs hajlam esetén, rövid távon nazogasztrikus szonda, hosszú távon PEG beültetés jön szóba.

#### *Gasztrointesztinális motilitás csökkenése*

A gyomor kiürülése gyakran késik, és hányingert, hányást, étkezés utáni teltségérzetet és fájdalmat okozhat. A késleltetett gyógyszerfelszívódás „késleltetett” vagy „NO ON”-hoz vezethet.

- A domperidon gyorsítja a gyomorürülést és csökkenti a dopaminerg gasztrointesztinális tüneteket, azonban tartósan nem alkalmazható a korrigált QT megnyúlást okozó hatása miatt.
- Ondansetron alkalmazható.
- A mosaprid, egy 5-hidroxi-triptamin 4. típusú (5-HT<sub>4</sub>) agonista javította a gyomorürülést.
- A metoclopramide, a cinnarizin és a proklórperazin ronthatja a parkinsonizmust, ezért kerülendő.

#### *Nyálfolyás*

PK egyik autonóm tünete lehet a nyálfolyás.

- Általánosságban elmondható, hogy az A típusú botulinum toxin (BoNT-A) és a B típusú botulinum toxin (BoNT-B) „elfogadható kockázatot jelent speciális megfigyelés mellett”. A BoNT-A és BoNT-B beadását jól képzett orvosoknak kell végezni, akik hozzáférnek speciális megfigyelési technikákhoz. Bizonyos készítmények törzskönyvi indikációval rendelkeznek a neurogén eredetű nyálfolyás kezelésére, ezek használata preferálandó.
- Antikolinerg hatású gyógyszerek javíthatják a nyálfolyást, de súlyos mellékhatások korlátozhatják az alkalmazásukat.
- Glycopyrrolate hatékony lehet, de indikáción túli alkalmazásnak számít a nyálfolyás kezelése.

#### *Inszomnia*

A betegek 60-90%-a panaszkodik alvással kapcsolatos nehézségekre. Az éjszakai alvászavarok közé tartozik az alvás töredezettsége, az éjszakai vizelet, az ágyban való megfordulás nehézsége, az RLS, az élénk álmok, a hallucinációk és a disztónia.

- Két placebo-kontrollált vizsgálat igazolta, hogy a standard vagy CR levodopa lefekvéskor alkalmazva javíthatja az éjszakai akinéziát, az alvásfragmentációt, az alvási időt és a kora reggeli lassúságot.
- A rotigotin, a pramipexol és a ropinirol elnyújtott hatóanyag-leadású készítményei javították az alvás minőségét.

- Egy kis nyílt vizsgálat kimutatta, hogy az éjszakai apomorfin-infúzió csökkentette az ébrenlétet, javította a noktúriát és az akinéziát.
- Melatonin hatásos lehet. Bár nincs elegendő bizonyíték arra, hogy a melatonint a Parkinson-kórban szenvedő betegek álmatlanságának kezelésére értékelni lehetne, a Parkinson-kórban és álmatlanságban szenvedő betegeknél a placebohoz képest jelentős előnyöket találtak az álmatlanság mérése során. A melatonint ráadásul nemcsak az Európai Unióban engedélyezték az 55 éves vagy annál idősebb primer álmatlanságban szenvedő betegek számára, hanem az Egyesült Államokban az 1990-es évek közepe óta recept nélkül is kapható, így használata alacsony kockázatot jelent ebben a beteg populációban.
- Zolpidem hatása valószínű jótékony.
- Eszopiclone. Bár nincs elegendő bizonyíték arra, hogy az eszopiclone a Parkinson-kórban jelentkező álmatlanság kezelésére értékelhető legyen, javíthatja az álmatlansági zavar globális és alvási eredményeit, viszont ritkán, de súlyos ártalmakkal (például törésekkel, súlyos sérülésekkel) járhat.
- Alacsony dózisu clozapine javíthat az éjszakai akatízián és tremoron.
- A DBS hatékony az alvászavar tüneteinek a kezelésében.

#### *REM magatartászavar*

Az RBD-re jellemző a REM alvás alatti izomaktivitás, amely lehetővé teszi az álmok megvalósulását, és néha erőszakos viselkedést eredményez. Az RBD a Parkinson-kóros betegek 25-50%-ánál fordul elő.

- Az RBD farmakoterápiájának megkezdése előtt azonosítani kell és lehetőség szerint meg kell szüntetni a potenciális súlyosbító tényezőket, például az SSRI-k, SSNRI-k vagy TCA-k használatát, amelyek az esettanulmányok szerint RBD-t okozhatnak.
- Clonazepam hatásos. Két esetsorozat alapján 0,5-2 mg hatásos lehet. A clonazepam szedációhoz, súlyosbodó obstruktív légzéshez és az elesés kockázatának növekedéséhez vezethet.
- Melatonin kipróbálható (nincs elég evidencia, indikáción túli használat)
- Egy kis, kontrollált, crossover vizsgálat a rivasztigmin tapasszal az ágyban fekvő partnerek naplói alapján a RBD epizódok számának csökkenéséről számolt be, de ez a vizsgálat önmagában nem alkalmas arra, hogy ajánlást fogalmazzunk meg ezzel kapcsolatban (nincs elég evidencia, indikáción túli használat).

#### *Nyugtalan lábak szindróma (RLS)*

Nyugtalan lábak szindróma PK-ban és prodromális PK-ban gyakori. Kiváltó okokat (például vesebetegség, vashiány) azonosítani szükséges. A dopaminerg gyógyszereket a lehető legalacsonyabb adagban kell alkalmazni, mert augmentációt válthatnak ki.

Az RLS kezelésekor az Alvásmedicina irányelveit követik:

- pramipexol adása,
- ropinirol adása (Magyarországon elérhető ropinirol készítmények alkalmazási előiratában már nem szerepel az RLS indikáció),
- rotigotin adása,
- levodopa adása,
- gabapentin,
- oxycodon,
- tramadol,
- methadone,
- clonazepam.

#### *Nappali aluszékonyság – hirtelen elalvás (EDS, excessive daytime sleepiness)*

Az Epworth Sleepiness Scale (ESS) alapján gyakoriság eléri a 33%-ot, szemben a nem PK-s populáció esetében mért 11-16%-kal [334]. Hirtelen fellépő alvási epizódok („alvási rohamok”) 3,8-20,8%-ban fordulnak elő. Főleg a nagy dózisu DA kezelés mellett jelentkezhetnek elalvási rohamok, olykor előjelek nélkül, illetve nappali aluszékonyság, ami a gépjárművezetést, illetve a munkagép használatot is befolyásolhatja.

- Dopaminerg terápia optimalizálása.
- Éjszakai vizeletürítési szám csökkentése.
- Dopamin agonista dózisának fokozatos csökkentése és/vagy agonista váltása.
- Modafinil adása. A modafinil jelentős előnyökkel járt a túlzott nappali aluszékonyság kezelésében a placeboval összehasonlítva, illetve a modafinilt értékelő 3 vizsgálat közelmúltbeli metaanalízise is az Epworth-álmosági skálával értékelt álmoság jelentős csökkenését mutatja.

- Methylphenidatum adása kipróbálható.
- Ha úgy tűnik, hogy az EDS-t a Parkinson-kór társbetegsége, például alvási apnoe vagy depresszió okozta inszomnia okozza, ezeket ennek megfelelően kell kezelni. Alvásfüggő légzészavar esetében CPAP kezelés szükséges.
- Koffeinhasználatra vonatkozóan nem áll rendelkezésünkre elegendő evidencia.

#### *Ortosztatikus hipotenzió*

Ez az autonóm diszfunkció a Parkinson-kór gyakori szövődménye, de a gyógyszerek mellékhatásaként is előfordulhat.

- A súlyosbító tényezők, mint például a nagy étkezések, az alkohol, a meleg környezet, a kismértékű folyadékfogyasztás, a vízhajtók, a vérnyomáscsökkentők, a triciklikus antidepresszánsok, a nitrátok és a prosztata hipertrófia kezelésére használt alfa-blokkolók kerülendők.
- Antihipertenzívumok racionalizálása, esetleg elhagyása.
- Dopaminerg gyógyszerek ortosztatikus hipotenziót okozhatnak, ezért racionalizációjuk javasolt (például kisebb dózisu levodopa adagok használata).
- Sóbevitel növelése.
- Az ágy éjszakai fejjel felfelé dőlése (30-40°) hasznos lehet.
- Derékig érő rugalmas harisnya és/vagy haskötő viselése hasznos lehet.
- Ellenmanőverek bevezetése (lábkereszt, lábujjhegy, combösszezárás) hasznos lehet.
- Midodrin adása: A midodrin egy perifériás alfa-adrenerg agonista. Két II. osztályú vizsgálat, amely magában foglalta a Parkinson-kór és a neurogén ortosztatikus hipotenzió egyéb okait, az álló vérnyomás szignifikáns emelkedését mutatta ki. A mellékhatások közé tartozik a fekvő helyzetben jelentkező hipertónia (4%) és a paresztézia. Bár nincs elegendő bizonyíték arra, hogy a midodrin a Parkinson-kór esetén az OH kezelésében értékelhető legyen, azokban az RCT-kben, amelyekben a betegek vegyes populációjában csak egy alcsoportban volt Parkinson-kór, az OH mérései tekintetében a szer alkalmazása jelentős előnyökkel járt.
- Fludrokortizon adása. A fludrokortizon fokozza a vese nátrium reabszorpcióját és a káliumkiválasztást, valamint növeli a vértérfogatot és a szív teljesítményét. A Parkinson-kórban szenvedő betegeken végzett IV. osztályú vizsgálat a szisztolés nyomás emelkedését mutatta ki álláskor az ortosztatikus tünetek megszűnésével párhuzamosan. Egy másik vizsgálatban a fludrokortizon és a domperidon javította a vérnyomás értékeket. A magas vérnyomás, a hipokalémia és a bokaödéma mellékhatások. Törzskönyvi indikációval rendelkezik neurogén eredetű ortosztatikus hipotenzió kezelésére. Bár nincs elegendő bizonyíték arra, hogy a fludrokortizon a Parkinson-kórban jelentkező ortosztatikus hipotenzió (OH) kezelésére alkalmas, 1 RCT-ben jelentős előnnyel járt. Ezért a gyakorlati implikáció „valószínűleg hasznos”.
- A droxidopát, egy noradrenalin-előkészítményt egy magas színvonalú, 8 hetes kettős vak vizsgálat keretében értékelték, amelyet eredetileg a droxidopa klinikai hatékonyságának értékelésére terveztek. Egy előre tervezett időközi hatékonysági elemzés miatt, amely nem mutatott szignifikáns különbséget a csoportok között a vizsgálat elsődleges hatékonysági mérőszámában (azaz az ortosztatikus hipotenzió kérdőív (OHQ) összetett pontszámának változásában), az eredeti vizsgálatot hatástalanság miatt leállították. Ezt követően a vizsgálat elsődleges hatékonysági mérőszámának megfelelő módosítására került sor. E vizsgálat alapján a droxidopa „hatásos” a Parkinson-kór rövid távú OH-kezelésében, míg „nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték” a droxidopa hatékonyságára vonatkozó következtetés levonásához Parkinson-kórban az OH 12 hétnél hosszabb ideig tartó kezelésében. A gyakorlati vonatkozások ezért „esetleg hasznosak”.

#### *Vizelési zavarok*

A legtöbb Parkinson-kóros betegnél vizelési problémák jelentkeznek, beleértve a vizelési inger, a gyakoriság és az éjszakai vizeletürítés problémáit. Az egyik leggyakoribb zavar a detruzor hiperaktivitás. A kifejezett inkontinencia a betegség késői stádiumához kapcsolódik. Urológiai kivizsgálás ajánlott:

- Ha a tünetek hirtelen jelentkeznek: a húgyúti fertőzés kizárása.
- Noktúria: a folyadékbevitel csökkentése este 6 óra után.
- A dopaminerg gyógyszerek (apomorfin, levodopa) javíthatják az urodinamikai tulajdonságokat, legalábbis de novo Parkinson-kórban.
- A perifériásan ható antikolinergikumok javítják a hiperaktív hólyagműködést, de placebo-kontrollált vizsgálatok nem állnak rendelkezésre. A szájszárazság, a székrekedés, fokozott elesési hajlam és a kognitív mellékhatások biztonsági problémákat vetnek fel.
- Az intranazális desmopresszin spray javította a noktúriát Parkinson-kórban.
- A DBS javíthatja a hólyagkapacitást és az ürítési mennyiséget, de nem befolyásolja a hólyag kiürülését.
- Az A-típusú botulinum toxin intradetruzoros injekciója több hónapig tartó klinikai és urodinamikai javulást idézett elő a hiperaktív hólyagban, de placebo-kontrollált vizsgálatok nem állnak rendelkezésre.

### *Erektilis diszfunkció*

A merevedési zavarok gyakoribbak a Parkinson-kórban szenvedő betegeknél, mint a kontroll csoportoknál.

- Először ki kell zárnia az alternatív kiváltó okokat, például a gyógyszer mellékhatásokat, a depressziót, a prosztata rendellenességeket vagy a cukorbetegséget.
- Az ED-vel (például Alfa-blokkolók) vagy anorgazmiával (például SSRI-k) összefüggésbe hozható gyógyszereket abba kell hagyni.
- A dopaminerg terápiának negatív és pozitív hatásai lehetnek.
- Sildenafil hatásos lehet.
- Más foszfodiészteráz-5 gátlókat nem vizsgáltak PD-ben RCT-vel.
- A papaverin vagy alprostadil intrakavernózus injekciói megfontolhatók bizonyos betegeknél.
- Pénisz implantátum beültetés bizonyos betegeknél szóba jön (az urológiai irányelvek betartása mellett).

### *Depresszió*

A depresszió patofiziológiája a Parkinson-kórban összetett és valószínűleg jelentősen eltér a nem Parkinson-kóros betegektől, ami tükrözi a Parkinson-kórban széles körben jelen lévő agytörzsi és agykérgi patológiát, számos neurotranszmitter, köztük a dopaminerg, szerotonerg és noradrenerg rendszerek érintettségét. Ezért az általános pszichiátriában alkalmazott kezelések nem biztos, hogy hasonlóan hatékonyak PK-ban.

A depresszió a betegek mintegy 40%-ánál fordul elő, és az életminőség egyik fő meghatározója.

Kevés vizsgálat áll rendelkezésre, és a vizsgálatokban vállalt kezelés hossza túl rövid; komoly metodikai és mindennapi nehézséget jelent a komorbid major depresszió vagy disztímia-anxietás szindróma jelenléte, esetleg a ciklotím háttér jelentős hangulati ingadozásokkal.

- Levodopa. A krónikus levodopa depresszióra gyakorolt hatásáról Parkinson-kórban nincsenek vizsgálatok, de esettanulmányok alapján átmenetileg javíthatja a hangulati zavarokat.
- Pramipexol. Egy kis, 8 hónapos vizsgálatban javulást tapasztaltak pergolid és pramipexol hatására. Egy metaanalízis a pramipexol antidepresszáns hatását sugallta Parkinson-kórban, amit egy placebo kontrollált vizsgálat is megerősített, ahol a javulás nagy része inkább közvetlen antidepresszáns, mint motoros hatásnak volt tulajdonítható.
- Rotigotin valószínűleg nem hatásos a depresszív tünetek kezelésére. Egy vizsgálatban a rotigotint negatív eredményekkel és bizonyos hatásokkal értékelték az elsődleges hatékonysági elemzésben és a post hoc elemzésekben; a hatékonysági következtetés „valószínűleg nem hatékony”.
- MAO-B gátlókkal kapcsolatban (selegiline, rasagiline) nem áll rendelkezésre elegendő adat.
- Triciklikus antidepresszánsok: Egy placebo-kontrollált vizsgálat javulást mutatott a norriptilin hatására, egy másik pedig a desipramin és a citalopram hatására. Egy 52 beteggel végzett placebo-kontroll vizsgálat a norriptilint találta hatásosnak, a paroxetint azonban nem. Az amitriptilinre nincs elegendő evidencia. Figyelembe kell venni a tipikus antimuszkarinikus mellékhatásokat, például szájszárazságot, székrekedést, vizeletvisszatartást és hiperhidrozist. Továbbá, demencia esetén gyakran hozzájárulhat pszichózishoz, szedációhoz és nappali álomossághoz, valamint kognitív diszfunkcióhoz vagy delíriumhoz. Túladagolás esetén figyelembe kell venni a halálozás kockázatát. A TCA-kat óvatosan kell alkalmazni olyan betegeknél, akiknek a kórtörténetében vizeletvisszatartás, zártzúgú glaukóma, emelkedett intraokuláris nyomás, kardiovaszkuláris rendellenességek és kognitív diszfunkció szerepel. Az összes antidepresszáns közül a rendelkezésre álló adatok azt jelzik, hogy a TCA-k és a citalopram nagyobb dózisban fokozott kockázatot jelentenek a QT-intervallum megnyúlására. A TCA-k a MAO-B gátlók hatását megnyújthatják.
- Szelektív szerotonin visszavétel gátlók alkalmazása: fluoxetin, citalopram, sertralin. A legtöbb vizsgálat kicsi és rövid távú volt, és ezért nem lehet határozott következtetéseket levonni. A nem kontrollált vizsgálatokban az SSRI-k előnyösnek bizonyultak. A placebo-kontrollált vizsgálatokban azonban egyetlen SSRI (paroxetin, citalopram, sertralin és fluoxetin) hatékonysága sem bizonyult egyértelműen bizonyítottnak, ami a vizsgálati tervnek és a placebónál tapasztalt nagy hatásmértéknek tudható be. Az SSRI-k a betegek legfeljebb 5%-ánál ronthatják a Parkinson-kóros tremort, és esetenként ronthatják a parkinsonizmust. Továbbá a citalopram 60 évesnél idősebb betegeknél 20 mg-nál nagyobb napi adagok alkalmazásakor a korigált QT-intervallum (QTc) meghosszabbodásának kockázatát hordozza magában, így ilyen körülmények között „speciális megfigyelés” ajánlott rendszeres elektrokardiográfiás monitorozással. Az SSRI-kezeléssel összefüggésbe hozható a hiponatrémia, különösen alacsony testtömegű és egyidejűleg diuretikumokat szedő időseknél, ami feltehetően a nem megfelelő antidiuretikus hormon szindróma kialakulásának következménye.

- Szelektív szerotonin-noradrenalin visszavétel gátlók: A venlafaxint és a paroxetint placebóval hasonlították össze a Parkinson-kór depresszió kezelésében. Mindkét aktív csoport hatásos volt 1 magas színvonalú vizsgálatban; a gyakorlati következtetések szerint a venlafaxin „klinikai hasznos” a Parkinson-kór depressziós tüneteinek kezelésére.
- Kognitív magatartásterápia (CBT). A CBT-t egy magas színvonalú pozitív vizsgálatban értékelték. Az e területen végzett valamennyi tanulmány azonban elkerülhetetlen torzítási kockázatot hordoz magában, mivel a kettős vak elrendezés nem lehetséges.

#### *Apátia*

Az apátia az érdeklődés, a lelkesedés vagy a motiváció hiányát jelenti. Az apátia gyakran akadályozza a PK tüneteinek hatékony kezelését, mivel az apatikus emberek kevésbé hajlandók olyan dolgokat tenni, mint a testmozgás és a gyógyszeres kezelési ütemterv betartása. Az apátia nem azonos a depresszióval. Bizonyos esetekben az apátia egy depressziós zavar része, de a kognitív hanyatlással is összefügghet.

A dopaminerg és kolinerg denervációról úgy véljük, fontos szerepet játszanak a PK-hoz kapcsolódó apátiában. Az apátia frusztráló lehet a betegek, a gondozók és a szeretteik számára.

- Szubtalamikus stimuláció bizonyos betegeknél apátiát tud kiváltani a dopaminerg gyógyszer-redukció és/vagy a stimuláció hatására. A stimulációs paraméterek változtatása, vagy DA add-on/dózisemelés jótékony lehet. Piribendil az STN DBS kezelés mellett kialakult apátia kezelésére hatékony.
- Rotigotin valószínűleg nem hatásos az apátia kezelésére.
- Amennyiben a DA megvonási tünetegyüttes része, úgy óvatos DA visszaállítás javasolható.
- Rivasztigmin valószínűleg hatékony az apátia kezelésére. Azonban a remegés súlyosbodása előfordulhat néhány kolinészteráz-gátlóval kezelt betegnél.

#### *Szorongás*

- A PK-hoz kapcsolódó szorongás vizsgálatára nem található randomizált kontrollált vizsgálat.
- A depresszió kezelésére használt eljárások egy része a szorongásra is kedvezően hathat.
- Ha a szorongás OFF időszakban jelentkezik vagy súlyosbodik (nem-motoros fluktuáció része), úgy a dopaminerg gyógyszerelés optimalizációja, szükség esetén eszközös kezelés alkalmazása hatékony lehet.

#### *Impulzus kontroll zavar*

Az ICD-tünetek közé tartozik a nagymértékű kontrollálhatatlan evés, szexuális aktivitás kényszeres fokozódása, kóros gyakoriságú és mértékű vásárlási magatartás, kóros mértékű szerencsejáték, céltalan pakolás vagy eszközök kezelése, céltalan internetezés, illetve a korábbiakhoz képest megváltozott bármely magatartás, amely kényszeres jelleget mutat. Bármely dopaminerg terápia lehetséges velejárója, azonban a leggyakrabban (főleg a magas dózisével) DA adása mellett alakul ki, illetve többszörös kombinációs kezelés mellett (például DA és MAO-B gátlók). Azonban bármely dopaminerg gyógyszer kiválthatja, így minden orvos-beteg találkozás során szükséges az ICD tüneteire rákérdezni.

A betegek egy része az impulzus kontroll problémákat negálja, letagadja vagy a probléma mértékét lekicsinyíti. Éppen ezért a legtöbb antiparkinson gyógyszer alkalmazási előírata felhívja a figyelmet arra, hogy nemcsak a beteget, hanem a hozzátartozóit / gondozóit is figyelmeztetni kell az ICD-tünetek lehetséges kialakulására.

Az ICD-tünetek piknikus fiatalabb férfiaknál gyakoribbak, de bármely addikció előfordulása fokozott előfordulási hajlamra utalhat.

Kezelési lehetőségek:

- Amantadinnal történt vizsgálat céltalan pakolási magatartás esetén.
- Az dopaminerg terápia racionalizálása.
- Az alkalmazott dopamin agonista fokozatos csökkentése, szükség esetén levodopa monoterápiára váltás.
- Bizonyos esetekben atípusos antipszichotikum adagolása.
- Mély agyi stimuláció mellett az antiparkinson gyógyszerelés csökkenthető, ami a legtöbb esetben az ICD-tünetek javulását eredményezi, azonban nincs magas szintű evidencia a DBS kezelés hatékonyságára ICD-tünetekre vonatkozóan.
- Naltrexon, egy opioid antagonist. Egy új magas színvonalú vizsgálat értékelt a naltrexont PK-hoz társuló ICD kezelésére, azonban nem bizonyult eredményesnek.
- A kognitív viselkedésterápiát 1 alacsony színvonalú, pozitív vizsgálatban értékelték, a hatékonyságra vonatkozó következtetés: „valószínűleg hatásos.”

#### *Dopamin diszregulációs szindróma (DDS)*

Főleg a gyorsan ható levodopa és a rövid hatású dopamin agonista kezelés során figyelhető meg túlzott dopaminerg gyógyszeresedés. DDS esetében a betegek egy része jóleső érzést ír le a túlzott gyógyszeresedés mellett. A túlzott gyógyszeresedést a nagyfokú diszkinézia ellenére is folytatja a beteg, ami általában súlyos szociális, környezeti konfliktushoz vezethet. Egyfajta gyógyszer-addikciónak is tekinthető.

- A dopaminerg kezelés optimalizálása.
- Kognitív magatartásterápia.
- Alkalmasság esetén a mély agyi stimuláció segíthet.

#### *Parkinson-kór demencia (major neurokognitív zavar Parkinson-kórban)*

Demencia a Parkinson-kórban (PDD) általában hosszabb betegségstartamot követően jelentkezik.

- Rivasztigmin. A PDD kezelésére a centrális kolinészteráz gátlók hatásosak lehetnek. Mind a rivasztigmin kapszula, mind a tapasz egyformán jól tolerálható és biztonságos PK-ban. A Parkinson-kórban észlelt demencia kezelésére végzett vizsgálatokban az aktív karok esetében előnyökről számoltak be, és egy nemrégiben végzett, a korábban áttekintett tanulmányokat is tartalmazó metaanalízis kimutatta, hogy a kolinészteráz-gátlók enyhén javítják a globális benyomást és a kognitív funkciókat.
- Donepezil: nincs elegendő bizonyíték a hatékonyságára. A donepezilnek a Parkinson-kórban előforduló demencia kezelésére történő alkalmazásáról szóló új, magas színvonalú vizsgálat negatív volt a fő végpontok tekintetében.

#### *Enyhe neurokognitív zavar Parkinson-kórban*

- Rivasztigmin. Egy jó minőségű, negatív vizsgálat alapján, amely bizonyos tendenciaszerű hatásokat és némi előnyöket mutatott a rivasztigmin karban a placebóval összehasonlítva, valamint más RCT-k hiánya alapján „nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték” a rivasztigmin hatékonyságára enyhe NCD kezelésére Parkinson-kórban.
- Rasagiline. Egy pozitív, gyenge minőségű, feltáró vizsgálatban és 1 negatív, jó minőségű vizsgálatban értékelték. Ezért „nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték” a rasagiline hatékonyságára vonatkozóan enyhe NCD kezelésére Parkinson-kórban.
- A bal dorzolaterális prefrontális kéreg feletti aktív transzkraniális egyenáramú ingerlés egy alacsony minőségű vizsgálatban pozitív eredményt mutatott, azonban metodikai gondok és a hosszú távú követés hiánya miatt „nem elegendő bizonyíték” ezen eljárás használatára enyhe NCD kezelésére.
- Egy alacsony színvonalú, feltáró vizsgálatban a kognitív rehabilitációt vizsgálták a kognitív károsodás javítása érdekében. A vizsgálat feltáró jellege és a kis mintanagyság miatt a hatékonyságra nem lehet érdemi következtetéseket levonni.

#### *Fatigue (kóros mértékű fáradékonyság)*

Kóros mértékű fáradtság, mély fáradtságérzet, amely pihenéssel sem javul. A PK-ban szenvedők mintegy fele számol be arról, hogy a fáradtság komoly problémát jelent, és egyharmaduk szerint ez a leginkább fogyatékossgot okozó tünet. Két formája van a fizikai fáradtság, például mély fáradtság vagy kimerültség érzése és a mentális fáradtság, amely megnehezíti a koncentrációt. A fatigue arra késztheti az embereket, hogy csökkentsék a munkával töltött idejüket vagy nyugdíjba vonuljanak, vagy kerüljék a társadalmi tevékenységeket.

- A rasagilint egyetlen pozitív, kisméretű, alacsony minőségű vizsgálatban értékelték, és „hatásosnak” minősítették a Parkinson-kórban jelentkező fáradtság kezelésére.
- Methylphenidate (nincs elegendő bizonyíték a hatékonyságra vonatkozóan).
- Modafinil (nincs elegendő bizonyíték a hatékonyságra vonatkozóan).
- Akupunktúra (nincs elegendő bizonyíték a hatékonyságra vonatkozóan).

#### *Fájdalom*

- Ha a fájdalom a rigor és OFF tünettán része, úgy a dopaminerg gyógyszerelés optimalizálásával érhetünk el javulást.
- Oxycodon klinikailag kipróbálható, azonban specifikusan a PK populációra vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre.
- Rotigotin valószínűleg nem hatékony.

### **Sürgősségi állapotok kezelése Parkinson-kórban**

#### *Akinetikus krízis:*

Az antiparkinson terápia hatásának hirtelen elmaradása, amely miatt a motoros, nem-motoros és autonóm tünettán hirtelen romlása alakul ki. Kialakulásában a gyógyszer bevitel elmaradása, gyógyszerfelszívódási zavar (ileusz, hasmenés, gasztroenteritisz), a gyomorürülés zavarai, neuroleptikumok adása játszhat szerepet, de lehetnek nem specifikus okok is: dehidráció, fertőzések, traumák, operációk.

Speciális terápia nem ismert. Javasolt osztályos felvétel és az autonóm paraméterek monitorozása, illetve szükség esetén intenzív osztályos ellátás. A labor paraméterek között a kreatin-kináz és a májfunkció ellenőrzése is javasolt. A rendelkezésre álló levodopa készítményeket kell alkalmazni, szükség szerint nazogasztrikus szondán keresztül. Lehetséges a transzdermális rotigotin alkalmazása, amantadin infúzió vagy apomorfin injekció adása is.

#### *Pszichózis*

Általában másodlagosan gyógyszer vagy egyéb betegség idézi elő, de a Parkinson-kórhoz társuló demencia részjelensége is lehet.

- A kiváltó tényezők ellenőrzése: fertőzések és anyagcserezavarok, folyadék/elektrolit egyensúly és alvászavarok kezelése. Pszichózis esetén minden esetben javasolt metabolikus zavar, infekció irányú vizsgálatokat végezni.
- A polifarmácia csökkentése. A nem szükséges, nagy kolinerg hatással rendelkező gyógyszerek használata átgondolandó (például oxybutynin), antikolinerg antidepresszánsok csökkentése/elhagyása és anxiolitikumok/szedatívumok csökkentése/elhagyása.
- Magas pszichotikus potenciálú antiparkinson gyógyszerek elhagyása vagy dózisének a csökkentése. Lehetséges szereppel bíró gyógyszerek:
  - antikolinerg szerek,
  - amantadin,
  - MAO-B inhibitorok,
  - dopamin agonisták és
  - levodopa készítmények.
- Nem provokált pszichotikus tünetek esetében, a fenti sorrendben a gyógyszerek elhagyása vagy dózis csökkentése szükséges. Levodopa monoterápia esetén a pszichotikus tünetek enyhülése várható a betegek egy részében. Figyelní kell a csökkentési sebességre DA megvonási szindróma, illetve akinetikus krízis elkerülése érdekében.
- A Parkinson ellenes gyógyszerek dózisének csökkentése olyan szintre, amely a pszichotikus tünetek megszűnéséhez vezet, miközben fenntartja a megfelelő tüneti motoros kontrollt, nem mindig kivitelezhető, és ilyen esetekben az antipszichotikus terápia megkezdése szükségessé válik.
- Atípusos antipszichotikumok hozzáadása: clozapine (megfigyelést igényel). A quetiapine esetleg hasznos lehet. Az olanzapin, a risperidon és az aripripripazol ronthatja a parkinsonizmust. A tipikus antipszichotikumok nem használhatók, mert rontják a parkinsonizmust.
- Azonnali hatás eléréséhez intravénás benzodiazepine kipróbálható (például clonazepam)
- Ezekkel a szerekkel kapcsolatos placebo kontrollált vizsgálatok nem egyértelműek, de több alacsonyabb szintű vizsgálat nem talált különbséget a clozapine és a quetiapine között).
- A clozapine egyértelműen hatékony és törzskönyvi indikációval rendelkezik Parkinson-kórhoz társuló pszichotikus állapotok kezelésére, azonban speciális monitorizálást igényel.
- A quetiapine-ról nem állnak rendelkezésre jó minőségű RCT-k a Parkinson-kór pszichózisának kezelésére. Mindazonáltal a quetiapine hasonlóan hatásos volt, mint a clozapine egy olyan clozapinnal kontrollált vizsgálatban, amelyben nem volt placebo kar. Ezért a gyakorlati implikáció „valószínűleg hasznos” a Parkinson-kórban jelentkező pszichózis kezelésére.
- A pimavanserin, egy szelektív szerotonin 5-HT<sub>2A</sub> inverz agonista a dopaminerg, adrenerg, hisztaminerg vagy muszkarin affinitás nélkül, két RCT vizsgálatban került értékelésre. Bár a nagyobb, magas színvonalú vizsgálat pozitív eredményt mutatott az antipszichotikus hatékonyság tekintetében, a kisebb, alacsony színvonalú vizsgálat negatív eredményt jelentett az elsődleges antipszichotikus végpont tekintetében, bár az aktív karban több jelentős antipszichotikus hatás is volt. Ezért a pimavanserin rövidtávon, 6 hétig „hatásosnak” tekinthető a Parkinson-kórban előforduló pszichózis kezelésére. Az USA-ban pimavanserin törzskönyvezett a Parkinson-kór melletti pszichózis kezelésére, míg az Európai Unió területén nem rendelkezik ilyen indikációs körrel.

- Általában minden atípusos antipszichotikumot nagy körültekintéssel kell alkalmazni demens, pszichózisban szenvedő betegeknél, mivel a mellékhatások kockázata magában foglalja az eséseket, a kognitív állapot romlását, a tüdőgyulladást, a kardiovaszkuláris hatásokat, a stroke-ot és a fokozott mortalitási kockázatot.
- Centrális kolinészteráz gátlók szintén hatásosak lehetnek a pszichotikus tünetek kezelésére (dopaminerg terápia racionalizálását követően). A rivasztigmin hatásos, míg a donepezil esetén nincs elegendő evidencia. Mind a két szer használata ebben az esetben indikáción kívüli!

#### *Dopamin agonista megvonási szindróma (DAWS).*

DAWS előfordulását jelentették dopamin-agonista gyógyszerekkel kapcsolatban. Parkinson-kórban szenvedő betegeknél a terápia abbahagyása esetén a DA dózist fokozatosan kell csökkenteni. Korlátozott számú adat alapján az impulzuskontroll-zavarokban szenvedő betegek, valamint a magasabb napi dopamin-agonista dózist és/vagy magasabb kumulatív dopamin-agonista dózist kapó betegek esetében fokozott lehet a DAWS kialakulásának a kockázata.

A megvonási tünetek közé tartozik az apátia, a szorongás, a depresszió, a fáradtságérzés, az izzadás, valamint a fájdalom, és ezek nem befolyásolhatók levodopával.

A fokozatos dóziscsökkentés megkezdése és a gyógyszer leállítása előtt a betegeket tájékoztatni kell az esetleges megvonási tünetekről. A betegeket monitorozni kell a dóziscsökkentés és a leállítás ideje alatt egyaránt.

Súlyos és/vagy perzisztáló megvonási tünetek esetén megfontolandó a DA esetleges átmeneti újbóli alkalmazása a legalacsonyabb hatásos dózis adásával.

#### ***Nem farmakológiai kezelési lehetőségek***

##### *Fizioterápia és mozgásterápia*

A nem farmakológiai kezelések alapvetően a Parkinson-kór gyógyszeres és idegsebészeti kezeléseit egészítik ki. Annak ellenére, hogy számos tanulmány vizsgálta a mozgásterápia hatékonyságát, ezen vizsgálatok minősége alacsonyabb a farmakológiai és idegsebészeti intervenciók vizsgálatokhoz képest. Kevés tanulmány meríti ki a randomizált, megfelelően kontrollált kritériumokat. Ez részben a tervezésben rejlő tényezők miatt van így, például a betegek kettős vak kezelésének a hiánya, az alkalmazott összehasonlító csoportok jellege (általában 2 „aktív” csoport kerül összehasonlításra kontrollcsoport helyett). Az IPMDS irányelvvel összhangban ezen vizsgálatokat alapvetően három kategóriára lehet osztani:

1. fizioterápia,
2. mozgás stratégia tréning, amelyet
  - a) gyakorlatalapú és
  - b) technológiaalapú esésmegelőzésre oszthatunk, és
3. formalizált gyakorlatok.

##### *Fizioterápiás tanulmányok*

Ezek a fizioterápiás technikák széles skáláját foglalják magukban, köztük a futópadon végzett, aerobic, erősítő és nyújtó gyakorlatokat. Az aktív összehasonlító csoporttal szemben pozitív eredményeket mutató, magas színvonalú tanulmányok közé tartoztak azok a vizsgálatok, amelyek 2 beavatkozást hasonlítottak össze. Három vizsgálatban a multidiszciplináris fekvőbeteg keretek között végzett fizioterápiát a „hagyományos” fizioterápiával, a futópados fizioterápiát a nyújtással és a progresszív ellenállási gyakorlatokat a módosított fitness-edzéssel szemben. Ezek a magas színvonalú tanulmányok szignifikánsan pozitív eredményt mutattak a kiindulási értékkel és a másik beavatkozással összehasonlítva, azonban egyikben sem volt kontrollcsoport.

Ezek a stratégiák általában javítják a PK motoros tüneteit a kiindulási állapothoz képest. Továbbra is számos tisztázandó kérdés merül fel a PK-ban alkalmazható legjobb fizioterápiás formát illetően, beleértve a gyakoriságot, az intenzitást, az időtartamot és a helyszínt (például otthoni vagy csoportos). Számos metaanalízist végeztek a különböző fizioterápiás technikák összehasonlításáról, azonban a következtetések nem meggyőzőek.



**Ajánlás50**

**A fizioterápia a PK motoros tüneteinek adjuváns kezelésére alkalmazható. Fiziko- és mozgásterápiát a vonatkozó irányelvek alapján kell végezni. (B)**

Gyakorlatalapú mozgás stratégia tréning

Ebben a csoportban a mozgásalapú technikák, mint például a jelzések (cueing), a Parkinson-kórban bekövetkező esések csökkentésének eszközeként szolgálnak. Egy magas színvonalú vizsgálat létezik, amely az egyensúlyi és erőnléti edzés „minimálisan felügyelt” gyakorlatait alkalmazta a „szokásos módszerrel” szemben, de negatív volt az esések megelőzése szempontjából. A gyengébb minőségű, többek között a „nagy kihívást jelentő egyensúlyi program”, a kettős feladatot tartalmazó egyensúlyi tréning a kargyakorlatokkal szemben, és a „globális testtartásoktatás” módszer a beavatkozás nélküli módszerrel szemben, összességében pozitív eredményt hozott az elesések csökkentésében.

**Ajánlás51**

**Az elesések megelőzésére a gyakorlat alapú mozgás-stratégiai fejlesztéseket is kell alkalmazni. (C)**

Technológia-alapú mozgás stratégia tréning

A mozgás stratégiai tréninghez különböző technológiai alapú beavatkozásokat alkalmaztak. Egy magas színvonalú vizsgálatban a futópaddal kombinált virtuális valóság hatását vizsgálták, amely csökkentette az eséseket a futópaddal kombinált edzéshez képest. Egy alacsonyabb színvonalú vizsgálat, amelyben egy avatárral ellátott gamepadot használtak, pozitívan hatott a fizioterápiához képest. Egy gyengébb minőségű vizsgálat, amely egy otthoni virtuális valóság eszközt értékelt az otthoni hagyományos egyensúly-gyakorlatokkal szemben, mindkét csoportban pozitív volt. Ezzel szemben 2 magas színvonalú vizsgálat negatív volt; az egyikben egy avatart használó készüléket használtak a hagyományos egyensúly-gyakorlatokkal szemben, a másikban pedig robotizált járásgyakorlatot értékelték az egyensúly-gyakorlatokkal szemben. Az egyéb értékelt technológiák közé tartozott az okostelefonos biofeedback, „tánc-szoftver”, cipőhöz adott vibrációs eszközök, amelyek összességében pozitív eredményeket mutattak mindkét csoportban, de mindegyik vizsgálat gyengébb minőségű volt. A technológiaalapú mozgás stratégiák valószínűleg hatásosak lehetnek a PK motoros tüneteinek enyhítésében.

Formalizált gyakorlatok

A tai chi-t két magas színvonalú tanulmányban értékelték, ellentmondásos eredményekkel. A power jógával kapcsolatban pedig két pozitív, de gyenge minőségű tanulmányt közölt ugyanaz a munkacsoport. A táncot is alkalmazták beavatkozásként, és bár az eredmények pozitívak az aktív összehasonlításhoz képest a különböző tánc módszerek, köztük a tangó és az ír tánc esetében, a vizsgálatok alacsony minőségűek. A tangót a normál testmozgással szemben értékelő egyik alacsony színvonalú vizsgálat eredménye pedig negatív volt.

A formalizált minta gyakorlatokat értékelő tanulmányok eredményei ellentmondásosak voltak, így a hatékonyságra vonatkozó következtetés nem vonható le, azonban a klinikai gyakorlatban alkalmazásuk hasznos lehet.

Segédeszközök

Segédeszközök használatával a járáskészség javítható és a testtartási instabilitás okozta elesések egy része megelőzhető. Mivel az audiovizuális stimulusok segíthetnek a járás alatti lefagyások leküzdésében, a lefagyással járó állapotok megelőzésére vagy kezelésére audiovizuális stimulust alkalmazó segédeszközök is kipróbálhatók.

Repetitív transzkraniális mágneses stimuláció

A repetitív transzkraniális mágneses stimuláció (rTMS) egy olyan nem-invazív eljárás, ami nagytérerejű elektromágneses tér segítségével képes az agyvelőt ingerelni és modulálni. Az rTMS alkalmazásakor rövid idő alatt több száz vagy ezer elektromágneses impulzust generálunk, ami neuromodulációs hatást eredményez. Az rTMS egyaránt alkalmazható diagnosztikai, kutatási és terápiás eszközként is.

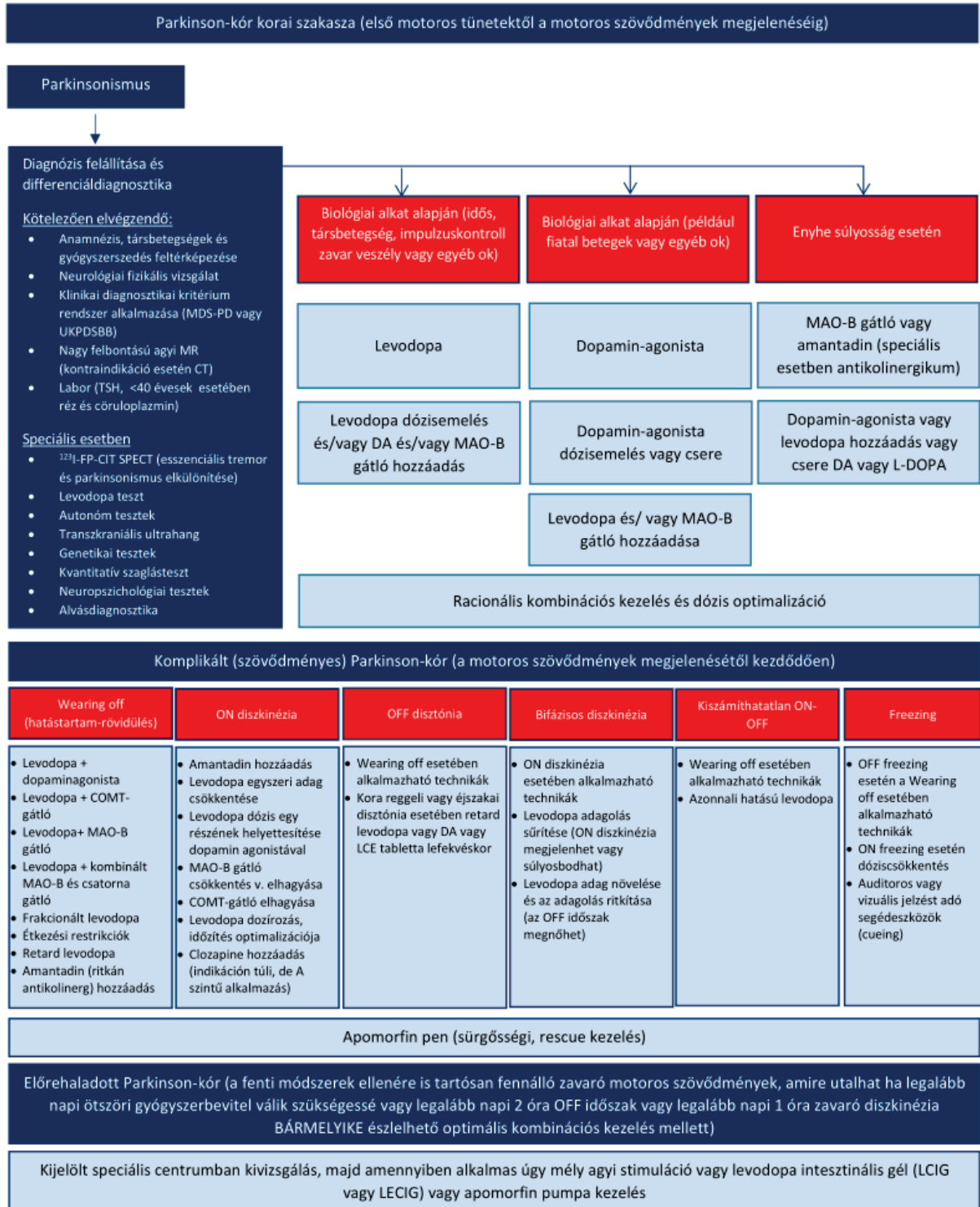
**Ajánlás52**

**A magas frekvenciájú kétoldali primer motoros kérgi rTMS kezelés a Parkinson-kór motoros tüneteinek kiegészítő kezelésére, míg a magas frekvenciájú bal oldali DLPFC rTMS kezelés a Parkinson-kórhoz társuló depresszió kezelésére alkalmazható. (B) [92], [93]**

Az rTMS kezelés motoros komplikációkra gyakorolt hatását elegendő evidencia hiányában nem lehet megítélni. Az rTMS kezelés hosszú távú hatékonyságának időtartama szintén nem ismert.

**Ellátási folyamat algoritmus (ábrák).**

**1. ábra:** A Parkinson-kór kezelési algoritmus (saját szerkesztés)



## VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

### 1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

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

##### *Az 1-es progresszivitású ellátóhely*

- PK diagnózisának felállítása.
- Korai, stabil és gyógyszeres kezeléssel menedzselhető szövődményes PK kezelése.
- Előrehaladott PK Parkinson Centrumba referálása.
- Eszközös kezelésben részesülő betegek kezelésében segédkezés.
- Atípusos kórformák referálása.

##### *A 2-es progresszivitású ellátóhely*

- PK diagnózisának felállítása.
- Korai, stabil és gyógyszeres kezeléssel menedzselhető szövődményes PK kezelése.
- Előrehaladott PK Parkinson Centrumba referálása.
- Eszközös kezelésben részesülő betegek kezelésében segédkezés.

##### *Parkinson Centrum*

- Teljes körű kivizsgálás, az atípusos kórformákat és ritka mozgászavarokat is beleértve.
- PK differenciáldiagnosztika teljes körben elérhető.
- Mély agyi stimuláció kivizsgálás, beállítás és gondozás.
- Levodopa intesztinális gél kezelés kivizsgálás, beállítás és gondozás.
- Apomorfin pen és pumpa kivizsgálás, beállítás és gondozás.
- Specializált Parkinson nővérek elérhetők.
- Teljes körű neuropszichológiai kivizsgálás elérhető.
- Az eszközös kezelés meghibásodásakor azonnali segítségnyújtásra való elérhetőség/készenlét.

##### *Részleges Parkinson Centrum*

- Hasonló, mint a Parkinson Centrum, azonban limitált az eszközös lehetőségek elérhetősége (például intesztinális gél kezelés elérhető, de mély agyi stimuláció már nem vagy fordítva).

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

##### *Az 1-es progresszivitású ellátóhely*

- PK diagnózisának felállításához szükséges képalkotó vizsgálatok (koponya MRI, speciális esetekben koponya-CT) elérhetők konzílium útján.
- PK kezelése és gondozása során szükséges neuropszichológiai vizsgálatok elérhetők helyben vagy konzílium útján.
- PK kezelése és gondozása során szükséges autonóm vizsgálatok elérhetők helyben vagy konzílium útján.

##### *A 2-es progresszivitású ellátóhely*

- PK diagnózisának felállításához szükséges képalkotó vizsgálatok (koponya MRI, speciális esetekben koponya-CT) elérhetők helyben vagy konzílium útján.
- PK diagnózisának felállításához és differenciál-diagnosztikájához szükséges genetikai vizsgálatok (elérhetők helyben vagy konzílium útján).
- PK kezelése és gondozása során szükséges neuropszichológiai vizsgálatok elérhetők helyben vagy konzílium útján.
- PK kezelése és gondozása során szükséges autonóm vizsgálatok elérhetők helyben vagy konzílium útján.

##### *Parkinson Centrum*

- PK diagnózisának felállításához szükséges képalkotó vizsgálatok (koponya MRI, speciális esetekben koponya-CT) elérhetők helyben vagy konzílium útján.
- PK diagnózisának felállításához és differenciál-diagnosztikájához szükséges genetikai vizsgálatok (elérhetők helyben vagy konzílium útján).
- PK kezelése és gondozása során szükséges neuropszichológiai vizsgálatok elérhetők.
- PK kezelése és gondozása során szükséges autonóm vizsgálatok elérhetők helyben vagy konzílium útján.
- Mély agyi stimuláció kivizsgálás, beállítás és gondozási fleadatokhoz funkcionális idegsebészet elérhetők helyben vagy konzílium útján.

- Levodopa intesztinális gél kezelés kivizsgálás, beállítás és gondozás során szükséges gasztroenterológia elérhető helyben vagy konzílium útján.
- Apomorfin pen és pumpa kivizsgálás, beállítás és gondozás.
- Teljes körű neuropszichológiai kivizsgálás elérhető.
- Multidiszciplináris team: mozgászavarok kezelésére specializált neurológusok, neuropszichológusok, pszichiáterek és funkcionális idegsebész.
- Az eszközös kezelési lehetőségek teljes körű személyi és tárgyi feltételei adottak.
- Az eszközös kezelés meghibásodásakor azonnali segítségnyújtásra való elérhetőség/készenlét.

*Részleges Parkinson Centrum*

- Hasonló, mint a Parkinson Centrum, azonban limitált az eszközös lehetőségek elérhetősége (például intesztinális gél kezelés elérhető, de mély agyi stimuláció már nem, vagy fordítva).

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

A PK nemzetgazdasági hatása jelentős, hiszen az esetenként évtizedeken át tartó gyógyszeres és műtéti kezelések mellett a munkaképesség és az önellátás elvesztésének az indirekt hatásai is nagymértékűek lehetnek nemcsak a család, hanem a társadalom szempontjából.

Az orvosi tájékoztatás egyik fontos eleme kell, hogy legyen a betegek személyre szabott módon kapjanak felvilágosítást a betegségükről, a kezelési lehetőségekről.

A betegek és gondozóik tájékoztatása a betegségről, a betegség lefolyásáról, illetve a gyógyszeres és eszközös kezeléseik tulajdonságairól és elérhetőségéről szükséges az optimális terápiás hatás elérésére. A betegek és gondozóik által alapított és fenntartott beteggyógyászati központok szintén jelentős szerepet játszanak a betegséggel kapcsolatos információcserében.

**1.4. Egyéb feltételek**

Nincsenek

**2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája**

**2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

Nem készült betegtájékoztató és oktatási anyag.

**2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok**

**1. skála:** Hoehn-Yahr Skála (HYS) [94]

**2. skála:** Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála (UPDRS) [96]

**3. skála:** MDS-féle Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála (MDS-UPDRS) [9]

**4. skála:** Parkinson-kór Kompozit Skála (PDCS) [100]

**5. skála:** Egységesített Diszkinézia Pontozó Skála (UdysRS) [103]

**6. skála:** Hauser-féle betegnapló [105]

**7. skála:** Epworth Aluszékonyság Skála (ESS) [106]

**8. skála:** Parkinson-kór Kérdőív (PDQ-39 és PDQ-8) [109]

**9. skála:** Schwab-England Skála (SES) [114]

**10. skála:** Beck Depresszió Kérdőív (BDI) [115]

**11. skála:** Montgomery-Asberg Depresszió pontozó Skála (MADRS) [118]

**12. skála:** Hamilton Szorongás Skála [120]

**13. skála:** Parkinson Szorongás Skála [121]

**14. skála:** Addenbrooke Kognitív Vizsgálat [122]

**15. skála:** Addenbrooke Kognitív Vizsgálat III és a mini-Addenbrooke Kognitív Vizsgálat [128]

**16. skála:** Montreal Kognitív Felmérés [129]

**2.3. Táblázatok**

**1. táblázat:** A Parkinson-kór főbb motoros tünetei [2]

**2. táblázat:** A Parkinson-kór leggyakrabban leírt nem-motoros tünetei, amelyek a betegség természetes lefolyására vezethetők vissza vagy pedig a terápiával kapcsolatosak [30]

**3. táblázat:** Az Egyesült Királyság Parkinson-kór Társaság Agybank kritériumai a Parkinson-kór diagnózisának felállításához [13], [42]

**4. táblázat:** A Mozgászavar Társaság PK (MDS-PD) kritériumrendszere [3]

**5. táblázat:** A Lewy-testes demencia (DLB) kritériumai [15]

**6. táblázat:** A progresszív szupranukleáris parézis (PSP) diagnosztikai kritériumai [16]

**7. táblázat:** A kortikobazális szindróma (CBS) diagnosztikai kritériumai [17]

- 8. táblázat:** A multiszisztémás atrófia (MSA) kritériumai [18]
- 9. táblázat:** Gyógyszer-indukált parkinsonizmust okozó gyógyszerek [56]
- 10. táblázat:** Kivizsgálási algoritmus PK esetén [saját szerkesztés]
- 11. táblázat:** A fontosabb neuropszichológiai tesztek határértékei Parkinson-kórban a DSM-5 szerinti enyhe és major neurokognitív zavar szűréséhez [67]
- 12. táblázat:** Parkinson-kór gyógyszeres kezelési lehetőségei [saját szerkesztés]
- 13. táblázat:** Rasagiline alkalmazása [saját szerkesztés]
- 14. táblázat:** A safinamide alkalmazása [saját szerkesztés]
- 15. táblázat:** Az antkolinerger gyógyszerek alkalmazása [saját szerkesztés]
- 16. táblázat:** Antikolinerg Rizikó Skála és a fontosabb gyógyszerek antikolinerg potenciáljának felmérése [74]
- 17. táblázat:** Az amantadin alkalmazása [saját szerkesztés]
- 18. táblázat:** A ropinirol alkalmazása [saját szerkesztés]
- 19. táblázat:** A pramipexol alkalmazása [saját szerkesztés]
- 20. táblázat:** A rotigotin alkalmazása [saját szerkesztés]
- 21. táblázat:** Az apomorfin alkalmazása [saját szerkesztés]
- 22. táblázat:** Az levodopa/benserazide alkalmazása [saját szerkesztés]
- 23. táblázat:** Farmakokinetikai különbségek a különböző levodopa/benserazide formulák között [saját szerkesztés]
- 24. táblázat:** Az entecapone kezelés [saját szerkesztés]
- 25. táblázat:** Az opicapone kezelés [saját szerkesztés]
- 26. táblázat:** A legfontosabb motoros és nem-motoros tünetek, amelyek a nem megfelelően kontrollált Parkinson-kór gyanúját vethetik fel (fontossági sorrendben) [80]
- 27. táblázat:** A motoros komplikációk pragmatikus megközelítése [80]
- 28. táblázat:** Eszközös kezelések összehasonlítása előrehaladott Parkinson-kórban [80]
- 29. táblázat:** Az LCIG kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]
- 30. táblázat:** A LECIG kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]
- 31. táblázat:** A apomorfin pumpa kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]

#### 2.4. Algoritmuskok, ábrák

- 1. ábra:** A Parkinson-kór kezelési algoritmus [saját szerkesztés]

#### 2.5. Egyéb dokumentumok

Nincsenek

### 3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

#### Ajánlás2

**Parkinson-kór klinikai diagnózisát nemzetközileg elfogadott kritériumrendszerek alapján kell felállítani. (A)**

A Parkinson-kór klinikai diagnózisának felállításakor, hány esetben (százalékban) valósult meg nemzetközileg elfogadott kritériumrendszer alkalmazása?

[A magasabb esetszám vagy százalék jelenti a jobb értéket]

#### Ajánlás4

**Parkinsonizmus észlelésekor a beteg által szedett gyógyszerek listáját át kell tekinteni parkinsonizmust potenciálisan kiváltó gyógyszerek irányában. (A)**

A parkinsonizmus észlelésekor hány esetben (százalékban) történt meg a beteg által szedett gyógyszerek listájának áttekintése?

[A magasabb esetszám vagy százalék jelenti a jobb értéket]

#### Ajánlás7

**Képalkotó vizsgálat elvégzése minden újonnan felismert parkinsonizmus tüneteit mutató beteg esetében szükséges a parkinsonizmus hátterének tisztázására. Amennyiben kontraindikáció nem áll fenn, illetve technikailag lehetséges, az agyi MRI-vizsgálat preferálandó a CT-vizsgálattal szemben. (A) [14]**

A Parkinson-kór diagnózissal gondozott betegek hány százalékában sohasem történt koponya MR vizsgálat (OENO: 34914 és/vagy 34915)?

[Az alacsonyabb esetszám vagy százalék jelenti a jobb értéket]

**Ajánlás18**

**Dopaminerg gyógyszerek mellett gyakran jelennek meg perifériás és centrális dopaminerg mellékhatások, úgymint hányinger, hányás, ortosztatikus hipotenzió, zavartság, impulzus-kontroll zavarok, pszichiátriai problémák és nappali aluszékonyosság. Dopaminerg gyógyszerek használatakor minden orvos-beteg kapcsolat során szűrni szükséges a dopaminerg gyógyszerek által potenciálisan előforduló problémák és mellékhatások jelenlétét. (A)**

Parkinson-kór miatt gondozott betegek neurológiai vizsgálata során hány esetben (százalékában) történt meg dokumentáltan a dopaminerg gyógyszeres kezelés mellett előforduló mellékhatások vagy problémák szűrése?  
[A magasabb esetszám vagy százalék jelenti a jobb értéket]

**Ajánlás40**

**Az entacapone, levodopa készítmény nélkül, önmagában nem adható. (A)**

Parkinson-kór miatt gondozott betegek hány százalékban részesülnek levodopa készítmény nélkül entacapone monoterápiában?  
[A nulla közeli esetszám vagy százalék jelenti az elvárt értéket]

**Ajánlás41**

**Előrehaladott Parkinson-kórban, amikor optimális per os gyógyszeres kezelés mellett legalább napi ötszöri gyógyszerbevitel vált szükségessé, vagy legalább napi 2 óra OFF időtartam vagy legalább napi 1 óra zavaró diszkinézia észlelhető, az eszközös kezelési lehetőségek alkalmazását fel kell vetni. (A)**

A Parkinson-kór miatt gondozott betegek neurológiai vizsgálata során hány esetben (százalékában) történt meg dokumentáltan az előrehaladott stádium kritériumának a teljesülése és az eszközös kezelési lehetőségek felajánlása?  
[A magasabb esetszám vagy százalék jelenti a jobb értéket]

**Ajánlás47**

**A mély agyi stimulációs kezelést megelőző kivizsgálást mozgászavarok kezelésében jártas neurológus munkacsoportnak (DBS centrum) kell végezni a vonatkozó irányelvek figyelembevételével és a társszakmák bevonásával. (A)**

Parkinson-kór miatt mély agyi stimulációs kezelésben részesülő betegek hány százalékban nem történt meg dokumentált módon DBS centrum neurológus munkacsoportjának a protokoll szerinti kivizsgálása?  
[A nulla közeli esetszám vagy százalék jelenti az elvárt értéket]

**VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE**

Az egészségügyi szakmai irányelv érvényességi ideje 3 év, a felülvizsgálatát az érvényességi idő lejártá előtti fél évvel meg kell kezdeni. Ez az Egészségügyi Szakmai Kollégium Neurológiai Tagozatának a feladata. A Neurológia Tagozat tagozatvezetője kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, valamint a fejlesztőcsoportot, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket. A csoport tagjai felülvizsgálják az egészségügyi szakmai irányelv aktualitását, amennyiben szükséges, módosítják vagy megerősítik az ajánlásokat. A felülvizsgálat során megismétlik a fejlesztéskor elvégzett teljes folyamatot az azóta eltelt időintervallumra vonatkozóan: egészségügyi szakmai irányelv és egyéb irodalomkeresést végeznek új bizonyítékok után kutatva. Ismételtlen felméri a hazai ellátórendszer aktuális állapotát, azonosítják a változásokat, és eldöntik, hogy szükséges-e módosítás.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv kidolgozásában részt vevő fejlesztőcsoport tagjai folyamatosan nyomon követik a szakirodalmat és a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat. Amennyiben az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be, a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

Soron kívüli felülvizsgálat szükséges, ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be, az egészségügyi szakmai irányelvben meghatározott időpontnál korábban kell elvégezni annak bizonyos mértékű felülvizsgálatát. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg.

Ha a soron kívüli felülvizsgálat csak bizonyos ajánlásokat érintett, és az egész egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata nem történt meg, akkor a tervezett időpontban a teljes körű felülvizsgálatot is el kell végezni.

## IX. IRODALOM

- [1.] TUDOR Munkacsoport, „Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek fejlesztéséhez,” *Egészségügyi Közlöny*, vol. 56, pp. 699–745, 2004.
- [2.] N. Quinn, „Parkinsonism—recognition and differential diagnosis,” *Bmj*, vol. 310, no. 6977, pp. 447–52, Feb. 1995.
- [3.] R. B. Postuma *et al.*, „MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson’s disease,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 30, no. 12, pp. 1591–1601, Oct. 2015, doi: 10.1002/mds.26424.
- [4.] D. Bereczki, „The description of all four cardinal signs of Parkinson’s disease in a Hungarian medical text published in 1690,” *Park. Relat Disord*, vol. 16, no. 4, pp. 290–3, May 2010, doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.11.006.
- [5.] Parkinson, James, *An essay on the shaking palsy*. 1817.
- [6.] E. R. Dorsey, T. Sherer, M. S. Okun, and B. R. Bloem, „The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic,” *J. Park. Dis.*, vol. 8, no. s1, pp. S3–S8, 2018, doi: 10.3233/JPD-181474.
- [7.] P. Ylikotila, T. Tiirikka, J. S. Moilanen, H. Kääriäinen, R. Marttila, and K. Majamaa, „Epidemiology of early-onset Parkinson’s disease in Finland,” *Parkinsonism Relat. Disord.*, vol. 21, no. 8, pp. 938–942, Aug. 2015, doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.06.003.
- [8.] T. Pringsheim, N. Jette, A. Frolkis, and T. D. Steeves, „The prevalence of Parkinson’s disease: a systematic review and meta-analysis,” *Mov Disord*, vol. 29, no. 13, pp. 1583–90, Nov. 2014, doi: 10.1002/mds.25945.
- [9.] C. G. Goetz *et al.*, „Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson’s Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 23, no. 15, pp. 2129–2170, Nov. 2008, doi: 10.1002/mds.22340.
- [10.] A. Albanese *et al.*, „Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 28, no. 7, pp. 863–873, Jun. 2013, doi: 10.1002/mds.25475.
- [11.] D. Berg *et al.*, „MDS research criteria for prodromal Parkinson’s disease,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 30, no. 12, pp. 1600–1611, Oct. 2015, doi: 10.1002/mds.26431.
- [12.] S. Heinzel *et al.*, „Update of the MDS research criteria for prodromal Parkinson’s disease,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 34, no. 10, pp. 1464–1470, Oct. 2019, doi: 10.1002/mds.27802.
- [13.] I. Litvan *et al.*, „Movement Disorders Society Scientific Issues Committee report: SIC Task Force appraisal of clinical diagnostic criteria for Parkinsonian disorders,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 18, no. 5, pp. 467–486, May 2003, doi: 10.1002/mds.10459.
- [14.] A. Berardelli *et al.*, „EFNS/MDS-ES/ENS [corrected.] recommendations for the diagnosis of Parkinson’s disease,” *Eur. J. Neurol.*, vol. 20, no. 1, pp. 16–34, Jan. 2013, doi: 10.1111/ene.12022.
- [15.] I. G. McKeith *et al.*, „Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium,” *Neurology*, vol. 89, no. 1, pp. 88–100, Jul. 2017, doi: 10.1212/WNL.0000000000004058.
- [16.] G. U. Höglinger *et al.*, „Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: The movement disorder society criteria,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 32, no. 6, pp. 853–864, Jun. 2017, doi: 10.1002/mds.26987.
- [17.] M. J. Armstrong *et al.*, „Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration,” *Neurology*, vol. 80, no. 5, pp. 496–503, Jan. 2013, doi: 10.1212/WNL.0b013e31827f0fd1.
- [18.] S. Gilman *et al.*, „Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy,” *Neurology*, vol. 71, no. 9, pp. 670–676, Aug. 2008, doi: 10.1212/01.wnl.0000324625.00404.15.
- [19.] J. J. Ferreira *et al.*, „Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson’s disease,” *Eur J Neurol*, vol. 20, no. 1, pp. 5–15, Jan. 2013, doi: 10.1111/j.1468-1331.2012.03866.x.
- [20.] M. Horstink *et al.*, „Review of the therapeutic management of Parkinson’s disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies (EFNS) and the Movement Disorder Society-European Section (MDS-ES). Part II: late (complicated) Parkinson’s disease,” *Eur J Neurol*, vol. 13, no. 11, pp. 1186–202, Nov. 2006.
- [21.] M. Horstink *et al.*, „Review of the therapeutic management of Parkinson’s disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies and the Movement Disorder Society-European Section. Part I: early (uncomplicated) Parkinson’s disease,” *Eur J Neurol*, vol. 13, no. 11, pp. 1170–85, Nov. 2006.

- [22.] K. Seppi *et al.*, „The Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Review Update: Treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 26 Suppl 3, pp. S42-80, Oct. 2011, doi: 10.1002/mds.23884.
- [23.] K. Seppi *et al.*, „Update on treatments for nonmotor symptoms of Parkinson's disease-an evidence-based medicine review,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 34, no. 2, pp. 180–198, Feb. 2019, doi: 10.1002/mds.27602.
- [24.] S. H. Fox *et al.*, „International Parkinson and movement disorder society evidence-based medicine review: Update on treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 33, no. 8, pp. 1248–1266, Aug. 2018, doi: 10.1002/mds.27372.
- [25.] E. Hidasi, „A Parkinson-kór modern szemlélete [The up-to-date approach of parkinson's disease.],” *Lege Artis Med.*, vol. 20, no. 12, pp. 825–829, 2010.
- [26.] L. G. Costa, T. B. Cole, K. Dao, Y.-C. Chang, J. Coburn, and J. M. Garrick, „Effects of air pollution on the nervous system and its possible role in neurodevelopmental and neurodegenerative disorders,” *Pharmacol. Ther.*, vol. 210, p. 107523, Jun. 2020, doi: 10.1016/j.pharmthera.2020.107523.
- [27.] A. Antonini *et al.*, „Developing consensus among movement disorder specialists on clinical indicators for identification and management of advanced Parkinson's disease: a multi-country Delphi-panel approach,” *Curr. Med. Res. Opin.*, vol. 34, no. 12, pp. 2063–2073, Dec. 2018, doi: 10.1080/03007995.2018.1502165.
- [28.] R. S. Akhtar and M. B. Stern, „New concepts in the early and preclinical detection of Parkinson's disease: therapeutic implications,” *Expert Rev Neurother.*, vol. 12, no. 12, pp. 1429–38, Dec. 2012, doi: 10.1586/ern.12.144.
- [29.] D. M. A. Swallow *et al.*, „Variation in Recent Onset Parkinson's Disease: Implications for Prodromal Detection,” *J. Park. Dis.*, vol. 6, no. 2, pp. 289–300, Mar. 2016, doi: 10.3233/JPD-150741.
- [30.] K. R. Chaudhuri and A. H. Schapira, „Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment,” *Lancet Neurol.*, vol. 8, no. 5, pp. 464–74, May 2009, doi: 10.1016/S1474-4422(09)70068-7.
- [31.] P. Martinez-Martin, C. Rodriguez-Blazquez, M. M. Kurtis, and K. R. Chaudhuri, „The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease,” *Mov Disord.*, vol. 26, no. 3, pp. 399–406, Feb. 2011, doi: 10.1002/mds.23462.
- [32.] B. Faludi, J. Janszky, S. Komoly, and N. Kovács, „[Sleep disturbances in Parkinson's disease: characteristics, evaluation and therapeutic approaches.],” *Orv. Hetil.*, vol. 156, no. 27, pp. 1091–1099, Jul. 2015, doi: 10.1556/650.2015.30191.
- [33.] Z. Rihmer, X. Gonda, and P. Döme, „Depression in Parkinson's disease,” *Ideggyogy Sz.*, vol. 67, no. 7–8, pp. 229–236, 2014.
- [34.] M. Kovács *et al.*, „Impact of Sex on the Nonmotor Symptoms and the Health-Related Quality of Life in Parkinson's Disease,” *Park. Dis.*, vol. 2016, p. 7951840, 2016, doi: 10.1155/2016/7951840.
- [35.] M. Kovács, A. Makkos, R. Weintraut, K. Karádi, J. Janszky, and N. Kovács, „Prevalence of Anxiety among Hungarian Subjects with Parkinson's Disease,” *Behav. Neurol.*, vol. 2017, p. 1470149, 2017, doi: 10.1155/2017/1470149.
- [36.] G. Hernadi *et al.*, „Fast 3 T nigral hyperintensity magnetic resonance imaging in Parkinson's disease,” *Sci. Rep.*, vol. 11, no. 1, p. 1179, Jan. 2021, doi: 10.1038/s41598-020-80836-7.
- [37.] Borbély, K, „Mozgászavarok PET és SPECT vizsgálata,” in *Az agyi működészavarok megjelenítése funkcionális képalkotó módszerekkel*, Medicina Könyvkiadó Rt, 2005, pp. 218–245.
- [38.] K. Borbély, „[Functional neuroimaging in movement disorders.],” *Orv. Hetil.*, vol. 142, no. 43, pp. 2347–2355, Oct. 2001.
- [39.] R. A. Hauser and D. G. Grosset, „[123I.]FP-CIT (DaTscan) SPECT brain imaging in patients with suspected parkinsonian syndromes,” *J Neuroimaging*, vol. 22, no. 3, pp. 225–30, Jul. 2012, doi: 10.1111/j.1552-6569.2011.00583.x.
- [40.] G. Perlaki *et al.*, „[The applicability of 123I-FP-CIT SPECT dopamine transporter imaging in clinical practice.],” *Ideggyógyászati Szle.*, vol. 72, no. 11–12, pp. 381–388, Nov. 2019, doi: 10.18071/isz.72.0381.
- [41.] G. Perlaki *et al.*, „Validation of an automated morphological MRI-based (123I)FP-CIT SPECT evaluation method,” *Parkinsonism Relat. Disord.*, vol. 29, pp. 24–29, Aug. 2016, doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.06.001.
- [42.] D. J. Gelb, E. Oliver, and S. Gilman, „Diagnostic criteria for Parkinson disease,” *Arch Neurol.*, vol. 56, no. 1, pp. 33–9, Jan. 1999.
- [43.] A. J. Hughes, S. E. Daniel, Y. Ben-Shlomo, and A. J. Lees, „The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service,” *Brain J. Neurol.*, vol. 125, no. Pt 4, pp. 861–870, Apr. 2002, doi: 10.1093/brain/awf080.



- [44.] A. J. Hughes, S. E. Daniel, and A. J. Lees, „Improved accuracy of clinical diagnosis of Lewy body Parkinson's disease,” *Neurology*, vol. 57, no. 8, pp. 1497–1499, Oct. 2001, doi: 10.1212/wnl.57.8.1497.
- [45.] H. Geut *et al.*, „Neuropathological correlates of parkinsonian disorders in a large Dutch autopsy series,” *Acta Neuropathol. Commun.*, vol. 8, no. 1, p. 39, Mar. 2020, doi: 10.1186/s40478-020-00914-9.
- [46.] K. Rascovsky *et al.*, „Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia,” *Brain J. Neurol.*, vol. 134, no. Pt 9, pp. 2456–2477, Sep. 2011, doi: 10.1093/brain/awr179.
- [47.] M. Papp and T. Kovács, „Multiszisztémás atrophia: új korszak kezdete a neurodegeneratív betegségek történetében [Multiple system atrophy: the beginning of a new era in the history of neurodegenerative diseases.]” *Ideggyógyászati Szle.*, vol. 59, no. 9–10, pp. 308–320, Sep. 2006.
- [48.] M. I. Papp and P. L. Lantos, „The distribution of oligodendroglial inclusions in multiple system atrophy and its relevance to clinical symptomatology,” *Brain*, vol. 117 ( Pt 2), pp. 235–43, Apr. 1994.
- [49.] K. Horvath, Z. Aschermann, S. Komoly, A. Kovacs, and N. Kovacs, „Tardív szindrómák kezelési lehetőségei [Treatment of tardive syndromes.]” *Psychiatr Hung*, vol. 29, no. 2, pp. 214–224, 2014.
- [50.] I. Szirmai, „Vascularis vagy 'lower body parkinsonizmus'. Egy diagnózis tündöklése és bukása [Vascular or 'lower body parkinsonism'. Rise and fall of one diagnosis.]” *Ideggyogy Sz*, vol. 64, no. 11–12, pp. 385–393, 2011.
- [51.] C. L. Mentzel *et al.*, „Effect of Antipsychotic Type and Dose Changes on Tardive Dyskinesia and Parkinsonism Severity in Patients With a Serious Mental Illness: The Curaçao Extrapyramidal Syndromes Study XII,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 78, no. 3, pp. e279–e285, Mar. 2017, doi: 10.4088/JCP.16m11049.
- [52.] S. de Gernay, F. Montastruc, A. Carvajal, M. Lapeyre-Mestre, and J.-L. Montastruc, „Drug-induced parkinsonism: Revisiting the epidemiology using the WHO pharmacovigilance database,” *Parkinsonism Relat. Disord.*, vol. 70, pp. 55–59, Jan. 2020, doi: 10.1016/j.parkreldis.2019.12.011.
- [53.] D. Pintér, M. Kovács, M. Harmat, A. Juhász, J. Janszky, and N. Kovács, „Trimetazidine and parkinsonism: A prospective study,” *Parkinsonism Relat. Disord.*, vol. 62, pp. 117–121, May 2019, doi: 10.1016/j.parkreldis.2019.01.005.
- [54.] D. Pintér, D. Bereczki, A. Ajtay, F. Oberfrank, J. Janszky, and N. Kovács, „Trimetazidine Use in Parkinson's Disease: Is It a Resolved Problem?” *eNeuro*, vol. 8, no. 3, p. ENEURO.0452-20.2021, Jun. 2021, doi: 10.1523/ENEURO.0452-20.2021.
- [55.] „The Impact of Trimetazidine on Disease Severity and Quality of Life in Parkinson's Disease - PubMed.” <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32572075/> (accessed Aug. 03, 2021).
- [56.] C. Estevez-Fraga, P. Zeun, and J. L. López-Sendón Moreno, „Current Methods for the Treatment and Prevention of Drug-Induced Parkinsonism and Tardive Dyskinesia in the Elderly,” *Drugs Aging*, vol. 35, no. 11, pp. 959–971, Nov. 2018, doi: 10.1007/s40266-018-0590-y.
- [57.] R. B. Postuma *et al.*, „Validation of the MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 33, no. 10, pp. 1601–1608, Oct. 2018, doi: 10.1002/mds.27362.
- [58.] Anonymous, „DaTSCAN,” *European Medicines Agency*, Sep. 17, 2018. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/datscan> (accessed Aug. 03, 2021).
- [59.] N. Bajaj, R. A. Hauser, and I. D. Grachev, „Clinical utility of dopamine transporter single photon emission CT (DaT-SPECT) with (123I) ioflupane in diagnosis of parkinsonian syndromes,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 84, no. 11, pp. 1288–1295, Nov. 2013, doi: 10.1136/jnnp-2012-304436.
- [60.] J. Darcourt *et al.*, „EANM procedure guidelines for brain neurotransmission SPECT using (123I)-labelled dopamine transporter ligands, version 2,” *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging*, vol. 37, no. 2, pp. 443–450, Feb. 2010, doi: 10.1007/s00259-009-1267-x.
- [61.] J. Booij and P. Kemp, „Dopamine transporter imaging with [(123I).]FP-CIT SPECT: potential effects of drugs,” *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging*, vol. 35, no. 2, pp. 424–438, Feb. 2008, doi: 10.1007/s00259-007-0621-0.
- [62.] R. Erro, S. A. Schneider, M. Stamelou, N. P. Quinn, and K. P. Bhatia, „What do patients with scans without evidence of dopaminergic deficit (SWEDD) have? New evidence and continuing controversies,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 87, no. 3, pp. 319–323, Mar. 2016, doi: 10.1136/jnnp-2014-310256.
- [63.] V. L. Marshall *et al.*, „Parkinson's disease is overdiagnosed clinically at baseline in diagnostically uncertain cases: a 3-year European multicenter study with repeat [123I].FP-CIT SPECT,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 24, no. 4, pp. 500–508, Mar. 2009, doi: 10.1002/mds.22108.
- [64.] C. H. Gibbons *et al.*, „The recommendations of a consensus panel for the screening, diagnosis, and treatment of neurogenic orthostatic hypotension and associated supine hypertension,” *J. Neurol.*, vol. 264, no. 8, pp. 1567–1582, Aug. 2017, doi: 10.1007/s00415-016-8375-x.

- [65.] R. Freeman *et al.*, „Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome,” *Clin. Auton. Res. Off. J. Clin. Auton. Res. Soc.*, vol. 21, no. 2, pp. 69–72, Apr. 2011, doi: 10.1007/s10286-011-0119-5.
- [66.] M. Brignole *et al.*, „2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope,” *Eur. Heart J.*, vol. 39, no. 21, pp. 1883–1948, Jun. 2018, doi: 10.1093/eurheartj/ehy037.
- [67.] T. Lucza *et al.*, „Comparing Sensitivity and Specificity of Addenbrooke’s Cognitive Examination-I, III and Mini-Addenbrooke’s Cognitive Examination in Parkinson’s Disease,” *Behav. Neurol.*, vol. 2018, p. 5932028, 2018, doi: 10.1155/2018/5932028.
- [68.] R. Caslake, A. Macleod, N. Ives, R. Stowe, and C. Counsell, „Monoamine oxidase B inhibitors versus other dopaminergic agents in early Parkinson’s disease,” *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 4, p. CD006661, Oct. 2009, doi: 10.1002/14651858.CD006661.pub2.
- [69.] K. Magyar, „The pharmacology of selegiline,” *Int Rev Neurobiol.*, vol. 100, pp. 65–84, 2011, doi: 10.1016/B978-0-12-386467-3.00004-2.
- [70.] J. Knoll, Z. Ecsery, K. Magyar, and E. Satory, „Novel (-)deprenyl-derived selective inhibitors of B-type monoamine oxidase. The relation of structure to their action,” *Biochem. Pharmacol.*, vol. 27, no. 13, pp. 1739–1747, 1978, doi: 10.1016/0006-2952(78)90550-6.
- [71.] R. R. Dmochowski *et al.*, „Increased risk of incident dementia following use of anticholinergic agents: A systematic literature review and meta-analysis,” *Neurobiol. Aging.*, vol. 40, no. 1, pp. 28–37, Jan. 2019, doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2018.08.012.
- [72.] L. J. Whalley *et al.*, „Anticholinergic drugs in late life: adverse effects on cognition but not on progress to dementia,” *J Alzheimers Dis.*, vol. 30, no. 2, pp. 253–61, 2012, doi: 10.3233/JAD-2012-110935.
- [73.] T. J. Welsh, V. van der Wardt, G. Ojo, A. L. Gordon, and J. R. F. Gladman, „Anticholinergic Drug Burden Tools/Scales and Adverse Outcomes in Different Clinical Settings: A Systematic Review of Reviews,” *Drugs Aging.*, vol. 35, no. 6, pp. 523–538, Jun. 2018, doi: 10.1007/s40266-018-0549-z.
- [74.] J. L. Rudolph, M. J. Salow, M. C. Angelini, and R. E. McGlinchey, „The Anticholinergic Risk Scale and Anticholinergic Adverse Effects in Older Persons,” *Arch. Intern. Med.*, vol. 168, no. 5, pp. 508–513, Mar. 2008, doi: 10.1001/archinternmed.2007.106.
- [75.] S. Ali, G. M. Peterson, L. R. Bereznicki, and M. S. Salahudeen, „Association between anticholinergic drug burden and mortality in older people: a systematic review,” *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 76, no. 3, pp. 319–335, Mar. 2020, doi: 10.1007/s00228-019-02795-x.
- [76.] K. Ruxton, R. J. Woodman, and A. A. Mangoni, „Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis,” *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 80, no. 2, pp. 209–220, Aug. 2015, doi: 10.1111/bcp.12617.
- [77.] Y.-B. Zheng *et al.*, „Anticholinergic drugs and the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis,” *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 127, pp. 296–306, Aug. 2021, doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.04.031.
- [78.] A. Fasano *et al.*, „Concomitant Medication Usage with Levodopa-Carbidopa Intestinal Gel: Results from the COSMOS Study,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 36, no. 8, pp. 1853–1862, Aug. 2021, doi: 10.1002/mds.28596.
- [79.] J. Aldred *et al.*, „Application of the ‘5-2-1’ screening criteria in advanced Parkinson’s disease: interim analysis of DUOGLOBE,” *Neurodegener. Dis. Manag.*, vol. 10, no. 5, pp. 309–323, Oct. 2020, doi: 10.2217/nmt-2020-0021.
- [80.] Z. Pirtošek, O. Bajenaru, N. Kovács, I. Milanov, M. Relja, and M. Skorvanek, „Update on the Management of Parkinson’s Disease for General Neurologists,” *Park. Dis.*, vol. 2020, p. 9131474, 2020, doi: 10.1155/2020/9131474.
- [81.] O. Rascol *et al.*, „Rasagiline as an adjunct to levodopa in patients with Parkinson’s disease and motor fluctuations (LARGO, Lasting effect in Adjunct therapy with Rasagiline Given Once daily, study): a randomised, double-blind, parallel-group trial,” *Lancet Lond. Engl.*, vol. 365, no. 9463, pp. 947–954, Mar. 2005, doi: 10.1016/S0140-6736(05)71083-7.
- [82.] E. J. Henderson *et al.*, „Rivastigmine for gait stability in patients with Parkinson’s disease (ReSPonD): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial,” *Lancet Neurol.*, vol. 15, no. 3, pp. 249–258, Mar. 2016, doi: 10.1016/S1474-4422(15)00389-0.
- [83.] E. Freire-Alvarez *et al.*, „Levodopa-Carbidopa Intestinal Gel Reduces Dyskinesia in Parkinson’s Disease in a Randomized Trial,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, Jul. 2021, doi: 10.1002/mds.28703.
- [84.] Á. Sesar *et al.*, „Continuous subcutaneous apomorphine in advanced Parkinson’s disease patients treated with deep brain stimulation,” *J. Neurol.*, vol. 266, no. 3, pp. 659–666, Mar. 2019, doi: 10.1007/s00415-019-09184-5.

- [85.] I. Boura, N. Haliasos, I.-A. Giannopoulou, D. Karabetsos, and C. Spanaki, „Combining Device-Aided Therapies in Parkinson’s Disease: A Case Series and a Literature Review,” *Mov. Disord. Clin. Pract.*, vol. 8, no. 5, pp. 750–757, Jul. 2021, doi: 10.1002/mdc3.13228.
- [86.] M. Senek, E. I. Nielsen, and D. Nyholm, „Levodopa-entacapone-carbidopa intestinal gel in Parkinson’s disease: A randomized crossover study,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 32, no. 2, pp. 283–286, Feb. 2017, doi: 10.1002/mds.26855.
- [87.] M. Senek, D. Nyholm, and E. I. Nielsen, „Population pharmacokinetics of levodopa gel infusion in Parkinson’s disease: effects of entacapone infusion and genetic polymorphism,” *Sci. Rep.*, vol. 10, no. 1, p. 18057, Oct. 2020, doi: 10.1038/s41598-020-75052-2.
- [88.] M. Öthman, E. Widman, I. Nygren, and D. Nyholm, „Initial Experience of the Levodopa-Entacapone-Carbidopa Intestinal Gel in Clinical Practice,” *J. Pers. Med.*, vol. 11, no. 4, p. 254, Mar. 2021, doi: 10.3390/jpm11040254.
- [89.] V. D. Sharma, M. Patel, and S. Miocinovic, „Surgical Treatment of Parkinson’s Disease: Devices and Lesion Approaches,” *Neurother. J. Am. Soc. Exp. Neurother.*, vol. 17, no. 4, pp. 1525–1538, Oct. 2020, doi: 10.1007/s13311-020-00939-x.
- [90.] Z. Aschermann *et al.*, „AJÁNLÁS A PARKINSON-KÓR ELŐREHALADOTT STÁDIUMÁNAK KEZELÉSÉHEZ [Recommendation for treatment options in advanced Parkinson’s disease.],” *Ideggyogyaszati Szle.*, vol. 69, no. 11–12, pp. 367–372, Nov. 2016, doi: 10.18071/isz.69.0367.
- [91.] P. J. Sloty, C. Wille, T. M. Kiefe, and J. Vesper, „Continuous perioperative apomorphine in deep brain stimulation surgery for Parkinson’s disease,” *Br. J. Neurosurg.*, vol. 28, no. 3, pp. 378–382, Jun. 2014, doi: 10.3109/02688697.2013.841859.
- [92.] J.-P. Lefaucheur *et al.*, „Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014-2018),” *Clin. Neurophysiol. Off. J. Int. Fed. Clin. Neurophysiol.*, vol. 131, no. 2, pp. 474–528, Feb. 2020, doi: 10.1016/j.clinph.2019.11.002.
- [93.] J.-P. Lefaucheur *et al.*, „Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS),” *Clin. Neurophysiol. Off. J. Int. Fed. Clin. Neurophysiol.*, vol. 125, no. 11, pp. 2150–2206, Nov. 2014, doi: 10.1016/j.clinph.2014.05.021.
- [94.] M. M. Hoehn and M. D. Yahr, „Parkinsonism: onset, progression and mortality,” *Neurology*, vol. 17, no. 5, pp. 427–42, May 1967.
- [95.] C. G. Goetz *et al.*, „Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations,” *Mov Disord*, vol. 19, no. 9, pp. 1020–8, Sep. 2004, doi: 10.1002/mds.20213.
- [96.] S. Fahn, R. Elton, and UPDRS program members, „Unified Parkinson’s Disease Rating Scale,” in *Recent Developments in Parkinson’s Disease*, vol. 2, S. Fahn, C. Marsden, M. Goldstein, and D. Calne, Eds. Florham Park, NJ: Macmillan Healthcare Information, 1987, pp. 153–163 and 293–304.
- [97.] „The Unified Parkinson’s Disease Rating Scale (UPDRS): status and recommendations,” *Mov Disord*, vol. 18, no. 7, pp. 738–50, Jul. 2003, doi: 10.1002/mds.10473.
- [98.] L. M. Shulman, A. L. Gruber-Baldini, K. E. Anderson, P. S. Fishman, S. G. Reich, and W. J. Weiner, „The clinically important difference on the unified Parkinson’s disease rating scale,” *Arch Neurol*, vol. 67, no. 1, pp. 64–70, Jan. 2010, doi: 10.1001/archneurol.2009.295.
- [99.] K. Horváth *et al.*, „Az MDS-UPDRS magyar validációja: Miért szükséges újabb Parkinson-pontozóskála? [Validation of the Hungarian MDS-UPDRS: Why do we need a new Parkinson scale?],” *Ideggyogy Sz*, vol. 67, no. 3–4, pp. 129–134, 2014.
- [100.] E. P. D. Association, „The Parkinson’s Disease Composite Scale.” <https://www.epda.eu.com/get-involved/the-parkinsons-disease-composite-scale/> (accessed Aug. 05, 2021).
- [101.] D. Pintér, P. Martinez-Martin, J. Janszky, and N. Kovács, „The Parkinson’s Disease Composite Scale Is Adequately Responsive to Acute Levodopa Challenge,” *Park. Dis.*, vol. 2019, p. 1412984, 2019, doi: 10.1155/2019/1412984.
- [102.] P. Martinez-Martin *et al.*, „Extensive validation study of the Parkinson’s Disease Composite Scale,” *Eur. J. Neurol.*, vol. 26, no. 10, pp. 1281–1288, Oct. 2019, doi: 10.1111/ene.13976.
- [103.] C. G. Goetz, J. G. Nutt, and G. T. Stebbins, „The Unified Dyskinesia Rating Scale: presentation and clinimetric profile,” *Mov Disord*, vol. 23, no. 16, pp. 2398–403, Dec. 2008, doi: 10.1002/mds.22341.
- [104.] K. Horvath *et al.*, „Az Egységesített Dyskinesia Pontozóskála magyar nyelvi validációja [Validation of the Hungarian Unified Dyskinesia Rating Scale.],” *Ideggyogy Sz*, vol. 68, no. 5–6, pp. 183–8, May 2015.
- [105.] R. A. Hauser *et al.*, „A home diary to assess functional status in patients with Parkinson’s disease with motor fluctuations and dyskinesia,” *Clin. Neuropharmacol.*, vol. 23, no. 2, pp. 75–81, 2000, doi: 10.1097/00002826-200003000-00003.

- [106.] M. W. Johns, „A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale,” *Sleep*, vol. 14, no. 6, pp. 540–5, Dec. 1991.
- [107.] N. Kovács *et al.*, „Independent validation of Parkinson’s disease Sleep Scale 2nd version (PDSS-2),” *Sleep Biol. Rhythms*, pp. 1–11, Dec. 2015, doi: 10.1007/s41105-015-0024-8.
- [108.] C. Jenkinson, V. Peto, R. Fitzpatrick, R. Greenhall, and N. Hyman, „Self-reported functioning and well-being in patients with Parkinson’s disease: comparison of the short-form health survey (SF-36) and the Parkinson’s Disease Questionnaire (PDQ-39),” *Age Ageing*, vol. 24, no. 6, pp. 505–9, Nov. 1995.
- [109.] C. Jenkinson and R. Fitzpatrick, „Cross-cultural evaluation of the short form 8-item Parkinson’s Disease Questionnaire (PDQ-8): results from America, Canada, Japan, Italy and Spain,” *Parkinsonism Relat. Disord.*, vol. 13, no. 1, pp. 22–28, Feb. 2007, doi: 10.1016/j.parkreldis.2006.06.006.
- [110.] V. Peto, C. Jenkinson, and R. Fitzpatrick, „PDQ-39: a review of the development, validation and application of a Parkinson’s disease quality of life questionnaire and its associated measures,” *J Neurol*, vol. 245 Suppl 1, pp. S10–4, May 1998.
- [111.] H. K *et al.*, „Changes in Quality of Life in Parkinson’s Disease: How Large Must They Be to Be Relevant?,” *Neuroepidemiology*, vol. 48, no. 1–2, 2017, doi: 10.1159/000455863.
- [112.] J. Marinus, C. Ramaker, J. J. van Hilten, and A. M. Stiggelbout, „Health related quality of life in Parkinson’s disease: a systematic review of disease specific instruments,” *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, vol. 72, no. 2, pp. 241–8, Feb. 2002.
- [113.] G. Fazekas and L. Kulmann, „Parkinsonos betegek életminőségét vizsgáló kérdőív (PDQ-39) magyarországi adaptációja [Hungarian adaption of the PDQ-39 in Parkinson’s disease.],” *Ideggyogy Sz.*, vol. 54, no. 1–2, pp. 42–44, 2001.
- [114.] J. Schwab and A. C. England, „Projection technique for evaluating surgery in Parkinson’s disease,” in *Third Symposium on Parkinson’s Disease*, F. Gillingham and M. Donaldson, Eds. Edinburgh, Scotland: E & S Livingston, 1969, pp. 152–157.
- [115.] A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, and J. Erbaugh, „An inventory for measuring depression,” *Arch Gen Psychiatry*, vol. 4, pp. 561–71, Jun. 1961.
- [116.] A. Beck, A. Rush, B. Shaw, and G. Emery, *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- [117.] A. T. Beck, R. A. Steer, R. Ball, and W. Ranieri, „Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients,” *J Assess*, vol. 67, no. 3, pp. 588–97, Dec. 1996, doi: 10.1207/s15327752jpa6703\_13.
- [118.] S. A. Montgomery and M. Asberg, „A new depression scale designed to be sensitive to change,” *Br J Psychiatry*, vol. 134, pp. 382–9, Apr. 1979.
- [119.] G. Duru and B. Fantino, „The clinical relevance of changes in the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale using the minimum clinically important difference approach,” *Curr Med Res Opin*, vol. 24, no. 5, pp. 1329–35, May 2008, doi: 10.1185/030079908X291958.
- [120.] A. F. Leentjens, K. Dujardin, L. Marsh, I. H. Richard, S. E. Starkstein, and P. Martinez-Martin, „Anxiety rating scales in Parkinson’s disease: a validation study of the Hamilton anxiety rating scale, the Beck anxiety inventory, and the hospital anxiety and depression scale,” *Mov Disord*, vol. 26, no. 3, pp. 407–15, Feb. 2011, doi: 10.1002/mds.23184.
- [121.] A. F. G. Leentjens, K. Dujardin, G. M. Pontone, S. E. Starkstein, D. Weintraub, and P. Martinez-Martin, „The Parkinson Anxiety Scale (PAS): development and validation of a new anxiety scale,” *Mov. Disord. Off. J. Mov. Disord. Soc.*, vol. 29, no. 8, pp. 1035–1043, Jul. 2014, doi: 10.1002/mds.25919.
- [122.] A. E. Rosser and J. R. Hodges, „The Dementia Rating Scale in Alzheimer’s disease, Huntington’s disease and progressive supranuclear palsy,” *J. Neurol.*, vol. 241, no. 9, pp. 531–536, Aug. 1994, doi: 10.1007/BF00873515.
- [123.] L. Stachó, R. Dudás, R. Ivády, G. Kothencz, and Z. Janka, „Addenbrooke’s kognitív vizsgálat: a magyar változat kifejlesztése,” *Psychiatr. Hung.*, vol. 18, no. 4, pp. 226–240, 2003.
- [124.] B. Kaszás *et al.*, „Sensitivity and specificity of Addenbrooke’s Cognitive Examination, Mattis Dementia Rating Scale, Frontal Assessment Battery and Mini Mental State Examination for diagnosing dementia in Parkinson’s disease,” *Parkinsonism Relat. Disord.*, 2012.
- [125.] „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - The DSM-5,” *The DSM5*. <https://www.thedsm5.com/the-dsm-5/> (accessed Aug. 03, 2021).
- [126.] T. Lucza *et al.*, „Screening Mild and Major Neurocognitive Disorders in Parkinson’s Disease,” *Behav Neurol*, vol. 2015, p. 983606, 2015, doi: 10.1155/2015/983606.
- [127.] T. Lucza *et al.*, „Neurokognitív zavarok diagnosztizálási és kezelési lehetőségei Parkinson-kórban [Diagnosis and therapy for neurocognitive disorders in Parkinson’s disease.],” *Orv Hetil*, vol. 156, no. 23, pp. 915–926, 2015.

- [128.] S. Hsieh, S. Schubert, C. Hoon, E. Mioshi, and J. R. Hodges, „Validation of the Addenbrooke’s Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer’s disease,” *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, vol. 36, no. 3–4, pp. 242–250, 2013, doi: 10.1159/000351671.
- [129.] Z. S. Nasreddine et al. „Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer’s disease,” *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, vol. 36, no. 3–4, pp. 242–250, 2013, doi: 10.1159/000351671.

## X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztését kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Neurológia Tagozata a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg. A fejlesztőcsoport a megalakulást követően meghatározta az egyes elvégzendő feladatokat. Az egészségügyi szakmai irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

A fejlesztőcsoport elektronikus úton folyamatosan tartotta a kapcsolatot, ehhez közös online felületet hozott létre, hogy a munkaanyagokat folyamatosan véleményezze, valamint rendszeresen ülésezett is, hogy az ajánlásokat konszenzussal fogadja el, illetve véglegesítse.

A folyamatos kommunikáció eredményeképpen véleménykülönbség nem alakult ki, valamennyi ajánlás teljes konszenzuson alapul.

### 2. Irodalomkeresés, szelekció

Az egészségügyi szakmai irányelvfejlesztés kiindulási eleme volt a szisztematikus szakirodalom-keresés, szelekció és elemzés, különös tekintettel, a 2008. óta megjelent tudományos bizonyítékokra.

Az irodalomkeresés a Magyar Orvosi Bibliográfia, a PubMed adatbázisban fellelhető, az utóbbi 10 év – nyilvántartott publikációi, közleményei alapján történt. A keresés az alábbi kereső szavak (és ezek magyar megfelelője), valamint ezek kombinációjának segítségével valósult meg.

Keresőszavak és ezek magyar megfelelői: *Parkinson’s disease*, guideline, review, metaanalysis.

### 3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az egészségügyi szakmai irányelv megállapításainak és ajánlásainak tudományos megalapozottságát, a TUDOR munkacsoport ajánlásainak egyszerűsített formáiban jeleztük [1].

Az ajánlások a hazai ellátókörnyezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége) történő adaptálásával kerültek átvételre. Ennek megfelelően a fejlesztőcsoport nem végzett ezekkel az ajánlásokkal kapcsolatban bizonyítékelemzést, elfogadta az irányelvfejlesztők megítélését, és hivatkozik az ezen irányelvekben bemutatott bizonyítékháttérre.

### 4. Ajánlások kialakításának módszere

Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt. Jelen egészségügyi szakmai irányelv hatókörének megfelelő ajánlások, azok hazai ellátókörnyezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

### 5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, megküldésre került az egészségügyi ellátás során érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium véleményező Tagozatainak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra kerültek a dokumentum ajánlásai, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával.

### 6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem vett részt a fejlesztésben.

## XI. MELLÉKLET

### 1. Az alkalmazást segítő dokumentumok

#### 1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok:

Nem készült.

#### 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

A PK tünetei szerteágazóak. A mozgással kapcsolatos tünetek, úgymint a bradikinézia, rigiditás, tremor, testtartási instabilitás, járászavar jelenlétének és súlyosságának jellemzésére a legmegbízhatóbb módszer a neurológiai fizikális vizsgálat. Mivel a fizikális vizsgálatot nyert státusz rendszerint szöveges formában kerül rögzítésre, nem feltétlenül alkalmas egy egységes szempontok szerinti adatfeldolgozásra és a neurológiai tünetekben bekövetkező változások mértékének precíz meghatározására. Éppen ezért nagy jelentőséggel bír a fizikális vizsgálat eredményeinek megbízható és objektív módon történő kvantifikálását lehetővé tevő klinikai pontozóskálák alkalmazása. A skálák alkalmazása nemcsak a fizikális vizsgálat kivitelezésének a szemléletét egységesíti és ezáltal a különböző centrumok közötti eredmények összehasonlítását teszi lehetővé, hanem az objektív tünetek súlyosságának pontszámokká történő konvertálását is biztosítja. Ezáltal a pontozóskálák pontszámaiban bekövetkezett változások alapján a terápiás válasz és a betegség progresszió mértéke is megbízható módon mérhetővé és érzékelhetővé válik. Az elmúlt időszakban a pontozó skálák használata már nemcsak a szponzorált multicentrikus vizsgálatokra korlátozódik, hanem a mindennapi klinikai gyakorlat részévé is vált. Ugyanis nem minden esetben elegendő a neurológus összbenyomása és a gyakran csak néhány percre korlátozódó beteggel történő beszélgetése a megfelelő terápiás döntések meghozatalához. Egy Parkinson-kóros beteg állapotfelméréséhez a nem-motoros tünetek, úgymint a depresszió, a szorongás, az alvászavar, az apátia, a neurokognitív zavarok, feltérképezése is elengedhetetlen, amihez a különböző validált skálák használata szintén segítséget nyújt.

A mozgászavarokkal kapcsolatos klinikai kezelésben és kutatásokban nélkülözhetetlen skálák jelentős részénél a nemzetközi standardok szerinti validálás megtörtént (ez licenz beszerzését, magyarra fordítását, angolra visszafordítását, az eredeti angol verzió és a magyarról angolra visszafordított verzió összevetését, nagy betegszámon való tesztelését és a magyar normatív értékek meghatározását jelenti).

Azokat a kérdőíveket mutatjuk be, melyeknek az alkalmazása a klinikai ellátás során kívánatos és/vagy szabadon elérhető vagy pedig a klinikai gyakorlatban ingyenesen használható.

#### 1. skála: Hoehn-Yahr Skála (HYS) [94]

Pontszám	Jellemző
0	Tünetmentes
1	Kizárólag féloldali érintettség
2	Kétoldali érintettség testtartási instabilitás nélkül
3	Enyhe-közepes fokú érintettség; némi testtartási instabilitás észlelhető, segítséget igényel a hátrarántási teszt (pull test) kompenzációja során, miközben teljesen önálló
4	Súlyos fokú érintettség; azonban képes segítség nélkül járni vagy állni
5	Segítség nélkül kerekesszékhöz vagy ágyhoz kötött

Értékelés: A Hoehn-Yahr Skála (HYS) alapján globálisan 0-5 stádiumba sorolhatjuk a betegek állapotát [94]. Az eredeti 1967-es HYS mellett később kifejlesztésre került, az úgynevezett módosított HYS (mHYS, modified Hoehn-Yahr Scale), ahol 1,5 és 2,5 értékkel lehetett az 1-2 és a 2-3 stádiumok közötti átmenetet jelezni. Az MDS állásfoglalása az eredeti HYS alkalmazását javasolja [95]. A betegeket a HYS alapján három súlyossági kategóriába lehet sorolni: enyhe (HYS 1&2), közepes (HYS 3) és súlyos (HYS 4&5) [95].

**2. skála:** Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála (UPDRS) [96]

Az Egységesített Parkinson Pontozó Skálát (Unified Parkinson's Disease Rating Scale, UPDRS) az 1980-as években fejlesztették ki Fahn és munkatársai [96]. A megalkotása óta eltelt időszakban a UPDRS a PK súlyosságának megítélésére szolgáló tesztek egyik standardjává vált [97].

A UPDRS alapvetően 4 részből áll: A UPDRS-1 a gondolkodás, a magatartás és hangulat vizsgálatára szolgál, a UPDRS-2 a mindennapi életvitelt pontozza, a UPDRS-3 a motoros tünetek súlyosságát, míg a UPDRS-4 a kezelés szövődményeit méri fel. A UPDRS egyik legnagyobb előnye az, hogy a PK több dimenzióját egymástól külön-külön értékeli. Egyaránt képes a motoros tünetek súlyosságát (UPDRS-3) és az ebből fakadó korlátozottság (UPDRS-2) mértékét felmérni. Külön foglalkozik bizonyos nem-motoros tünetek jelenlétének (UPDRS-1) és a gyógyszeres kezelés szövődményeinek és mellékhatásainak megítélésével is (UPDRS-4). A UPDRS a gyakorlatban 15-20 perc alatt felvehető. További előnye, hogy megfelelő intra- és interrater megbízhatóságát és validitását számos klinimétrikus vizsgálat is alátámasztotta. A UPDRS-3 (Motoros tünetek vizsgálata) részében legalább 2,3-2,7 pont javulás elérése szükséges ahhoz, hogy az klinikailag relevánsnak tekinthető legyen [98].

Az eredeti UPDRS megalkotása óta eltelt 3 évtizedben azonban a Parkinson-kórral kapcsolatos tudásanyagunk is jelentősen bővült. A nem-motoros tünetek szerepét az életminőség meghatározásában csak az utóbbi évtizedben ismerték fel. Az eredeti UPDRS nem foglalkozik számos, a megalkotása óta ismertté vált és egyre hangsúlyosabb szereppel bíró nem-motoros tünettől, úgymint a dopamin-diszregulációs szindrómával, a szorongással, a fáradékonysággal és a vegetatív problémákkal. A UPDRS további hátránya, hogy angolon kívül egyéb hivatalos nyelvi fordítása nem létezik. A UPDRS rutinszerű használata jelenleg nem javasolt, helyette az MDS-UPDRS alkalmazását javasoljuk.

**3. skála:** MDS-féle Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála [9]

A Movement Disorders Society-féle Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála (MDS-UPDRS) magyar nyelvű változata [99] validált, a klinikai gyakorlatban licenszdíj nélkül használható: <https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Rating-Scales/MDS-Unified-Parkinsons-Disease-Rating-Scale-MDS-UPDRS.htm>

Értelmezés: A Movement Disorders Society-féle Egységesített Parkinson-kór Pontozó Skála (MDS-UPDRS) az eredeti UPDRS továbbfejlesztett változata, melyet 2008-ban közöltek [9]. Az MDS-UPDRS egy egységes szerkezetű skála, mely egyaránt alkalmas a Parkinson-kór főbb motoros és nem-motoros tüneteinek globális vizsgálatára [9]. Az MDS-UPDRS nemcsak a betegek állapotának felmérésére, hanem a betegség progressiójának nyomon követésére, illetve az alkalmazott kezelések hatékonyságának megítélésére is megbízhatóan használható. A kérdéseket úgy dolgozták ki, hogy a skála megalkotásának időpontjában ismert minden főbb klinikai tünetet felmérjen és alkalmas legyen a különböző kultúrák egységes szempontú megközelítésére is. Az MDS-UPDRS megtartotta a UPDRS egyik legnagyobb előnyét, hogy a Parkinson-kór több dimenzióját egymástól külön-külön értékeli. Az MDS-UPDRS az elődjéhez hasonló felépítésű:

- I. rész: A mindennapi életvitel nem-motoros tünetei (MDS-UPDRS nM-EDL)
- II. rész: A mindennapi életvitel motoros tünetei (MDS-UPDRS M-EDL)
- III. rész: A motoros tünetek vizsgálata (MDS-UPDRS ME)
- IV. rész: A motoros komplikációk vizsgálata (MDS-UPDRS MC)

A skála elkülönülten vizsgálja a motoros tünetek súlyosságát (III. rész) és az ebből fakadó korlátozottság mértékét (II. rész) is. Emellett hiánypótló módon részletesen foglalkozik a főbb nem-motoros tünetek jelenlétének (I. rész) és a gyógyszeres kezelés szövődményeinek és mellékhatásainak a meghatározásával is (IV. rész).

Az MDS-UPDRS nem kompatibilis a korábbi UPDRS verzióval, mivel az MDS-UPDRS I. és II. része számos olyan tünetet is vizsgál (például dopamin-diszregulációs szindrómát, szorongást, kóros mértékű fáradékonyságot), melyet a korábbi UPDRS nem tartalmazott. Az MDS-UPDRS minden egyes kérdéséhez megfelelő útmutató és értékelési irányelv tartozik, ami a vizsgálok közötti konkordanciát növeli. Az MDS-UPDRS a gyakorlatban 25-35 perc alatt felvehető. Az első két részt (hat kérdés kivételével) kérdőív formájában a beteg és/vagy hozzátartozója önállóan tölti ki, míg a fennmaradó részeket a vizsgáló orvos vagy a Parkinson-nővér értékeli.

Az MDS-UPDRS különböző nyelvekre és kultúrákra történő adaptációja a Movement Disorders Society szigorú irányelvei és klinimétrikus ellenőrzése alapján történik. A magyar nyelvi validáció 2013-ban fejeződött be [99]. A magyar nyelvű MDS-UPDRS a nyolcadik hivatalos idegen nyelvű verzióként került elfogadásra.

**4. skála:** Parkinson-kór Kompozit Skála (PDCS) [100]

A PDCS [100] ingyenesen letölthető az Európai Parkinson Társaság honlapjáról és szabadon használható. A mérőeszköz magyar nyelvű verziója is validált [101].

Motoros tünetek

<b>Bradikinézia:</b>	<b>Pontszám</b>	<b>(Az ujj-összeérintés, az alternáló kézmozgások, a lábmozgékonyosság és a teljes testmozgásra vonatkozó összbemérés együttes értékelése alapján)</b>
Nincs jelen	0	A tünet nem észlelhető
Enyhe fokú	1	Minimális meglassultság, ami a mozgásnak megfontolt megjelenést ad és ami bizonyos emberek esetében normális is lehet. Amplitúdó csökkenés lehetséges.
Közepes fokú	2	Enyhe fokú meglassultság, szegényes mozgásmintázat, mely már egyértelműen kóros. Vagylagosan néhány kisebb amplitúdójú mozgás.
Súlyos fokú	3	Közepes fokú meglassultság, szegényes vagy igen kis amplitúdójú mozgások.
Nagyon súlyos fokú	4	Kifejezett meglassultság, szegényes vagy igen kis amplitúdójú mozgások.

<b>Tremor:</b>	<b>Pontszám</b>	<b>(Az összes végtagot figyelembe véve)</b>
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	1	Enyhe fokú és ritkán jelentkezik.
Közepes fokú	2	Kis amplitúdójú és folyamatosan jelen van vagy közepes amplitúdójú, de csak megszakításokkal jelentkezik.
Súlyos fokú	3	Közepes amplitúdójú és az idő nagy részében jelen van.
Nagyon súlyos fokú	4	Nagy amplitúdójú és az idő nagy részében jelen van.

<b>Járászavar:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	3	Lassan jár. Apró léptű csoszogás előfordulhat. Előre lendülés vagy belődulás nem fordul elő.
Közepes fokú	4	Nehézkesen jár, de semmilyen vagy csak kis fokú segítséget igényel. Megrövidült lépéshossz, némi előre lendülés vagy belődulás előfordulhat.
Súlyos fokú	5	Súlyos fokú károsodás, gyakori segítségigény.
Nagyon súlyos fokú	6	Járásképtelen.

<b>Egyensúly/testtartási instabilitás:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	4	Segítség nélkül jár, segítség nélkül visszanyeri az egyensúlyát a hátrarántási teszt során.
Közepes fokú	5	Segítséggel jár, elesne, ha nem kapnák el a hátrarántási teszt során.
Súlyos fokú	6	Segítséggel jár, spontán elesés a hátrarántási teszt során.
Nagyon súlyos fokú	7	Képtelen állni, kerekesszékekhez kötött.

<b>Lefagyás:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	A tünet nem észlelhető
Enyhe fokú	4	1–2 másodperc – igen ritkán
Közepes fokú	5	3–10 másodperc – ritkán
Súlyos fokú	6	11–30 másodperc – gyakran
Nagyon súlyos fokú	7	≥31 másodperc – mindig



<b>Éjszakai mozgásképtelenség</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nincs jelen
Enyhe fokú	1	Enyhe fokú mozgásképtelenség (az éjszaka 10–20%-ában)
Közepes fokú	2	Közepes fokú mozgásképtelenség (az éjszaka 21–40%-ában)
Súlyos fokú	3	Súlyos fokú mozgásképtelenség (az éjszaka 41–60%-ában)
Nagyon súlyos fokú	4	Nagyon súlyos fokú mozgásképtelenség (az éjszaka 61–100%-ában)

Nem-motoros tünetek (az elmúlt 2 hét során)

<b>Fáradékonyság:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nincs jelen
Enyhe fokú	1	A fáradékonyság csak nagyon ritkán befolyásolja a fizikai teljesítőképességet vagy pedig a feladatok és kötelezettségek elvégzését
Közepes fokú	2	A fáradékonyság ritkán befolyásolja a fizikai teljesítőképességet vagy pedig a feladatok és kötelezettségek elvégzését
Súlyos fokú	3	A fáradékonyság gyakran befolyásolja a fizikai teljesítőképességet vagy pedig a feladatok és kötelezettségek elvégzését
Nagyon súlyos fokú	4	A fáradékonyság mindig befolyásolja a fizikai teljesítőképességet vagy pedig a feladatok és kötelezettségek elvégzését

<b>Vizelési zavar:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nincs jelen
Enyhe fokú	1	Nappali/éjszakai sürgető/gyakori vizelési inger csak nagyon ritkán jelentkezik
Közepes fokú	2	Nappali/éjszakai sürgető/gyakori vizelési inger néhány alkalommal jelentkezik
Súlyos fokú	3	Nappali/éjszakai sürgető/gyakori vizelési inger gyakran előfordul, ritkán bevezelés is
Nagyon súlyos fokú	5	Nappali/éjszakai sürgető/gyakori vizelési inger mindig előfordul, gyakori bevezelés

<b>Kognitív zavar:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	4	Alkalmanként előforduló feledékenység vagy az események részleges felidézési zavara, azonban nincsenek egyéb nehézségek.
Közepes fokú	5	Közepes fokú memóriazavar, mely dezorientációval és az összetett tevékenységek közepes fokú zavarával jár együtt. Az otthoni tevékenységek enyhe fokú, de egyértelmű zavara, azonban csak alkalmanként igényel segítséget.
Súlyos fokú	6	Súlyos fokú memóriazavar, dezorientáció az időben és gyakran a térben is, a problémák kezelésének súlyos fokú zavara.
Nagyon súlyos fokú	7	Súlyos fokú memóriazavar. Kizárólag a beteg személyére vonatkozó orientáció megőrzött. Képtelen döntések meghozatalára, illetve a problémák megoldására. Az önellátáshoz is sok segítséget igényel. Egyáltalán nem hagyható egyedül.

<b>Depresszió/Szorongás:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	1	A normálnál súlyosabb fokú depressziós vagy szorongásos időszakok, sosem tart napoknál vagy heteknél tovább.
Közepes fokú	2	Tartós depresszió vagy szorongás (1 hét vagy annál is tovább tartó)
Súlyos fokú	3	Tartós depresszió vegetatív tünetekkel (alvászavarral, étvágytalansággal, testsúlycsökkenéssel, az érdeklődés elvesztésével) vagy tartós depresszió.
Nagyon súlyos fokú	4	Tartós depresszió vegetatív tünetekkel, öngyilkossági gondolatokkal vagy készlettel.

<b>Tüneti ortosztatisz vényomásésés</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	4	Nagyon ritkán jelentkezik szédülékenység, bizonytalanság érzés, ájulásérzés vagy pedig elgyengülés érzés
Közepes fokú	5	Ritkán jelentkezik szédülékenység, bizonytalanság érzés, ájulásérzés vagy pedig elgyengülés érzés
Súlyos fokú	6	Gyakran jelentkező szédülékenység, bizonytalanság érzés, ájulásérzés vagy pedig elgyengülés érzés. Esetenként eszméletvesztés.
Nagyon súlyos fokú	7	Mindig jelentkező szédülékenység, bizonytalanság érzés, ájulásérzés vagy pedig elgyengülés érzés. Gyakori eszméletvesztés

<b>Hallucinációk vagy gondolkodászavar:</b>	<b>Pontszám</b>	<b>Gyógyszeres kezelés-indukált vagy demenciához társuló</b>
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	4	Élénk álmok vagy az alváshoz köthető hallucinációk
Közepes fokú	5	„Benignus” hallucinációk megtartott betegségbelátással
Súlyos fokú	6	Alkalmoszerű vagy gyakori hallucinációk, hiányzó belátástudat, a napi tevékenységeket befolyásolhatja
Nagyon súlyos fokú	7	Tartós hallucinációk, zavartság vagy pedig teljes pszichotikus állapot. Képtelen saját magával törődni.

A kezelés szövődményei (az utolsó két hét során)

<b>Diszkinézia:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	2	Diszkinézia az ON-idő ≤25%-ában van jelen, vagy ennél is többet, de a napi tevékenységeket nem befolyásolja.
Közepes fokú	3	Diszkinézia az ON-idő 26–50%-ában van jelen, enyhe fokban zavaróak
Súlyos fokú	4	Diszkinézia az ON-idő 51–75%-ában van jelen, vagy ennél kevesebbe, de a napi tevékenységeket befolyásolja
Nagyon súlyos fokú	5	Diszkinézia az ON-idő ≥76%-ában van jelen és a napi tevékenységeket befolyásolja

<b>Disztónia</b>	<b>Pontszám</b>	<b>(ha jelen van, akkor a camptocormiát és a Pisa-szindrómát is értékelje)</b>
Nincs jelen	0	Nem észlelhető
Enyhe fokú	2	A disztónia kevesebb, mint napi 30 percig van jelen
Közepes fokú	3	A disztónia kevesebb, mint napi 60 percig van jelen
Súlyos fokú	4	A disztónia kevesebb, mint napi 2 órán át van jelen, fájdalommal társul
Nagyon súlyos fokú	5	A disztónia több, mint napi 2 órán át van jelen, súlyos fokú fájdalommal társul

<b>ON/OFF:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	A tünet nem észlelhető
Enyhe fokú	3	A nappali ébrenlét idejének $\leq 25\%$ -a OFF, a fluktuáció csak pár tevékenységet befolyásol
Közepes fokú	4	A nappali ébrenlét idejének 26-50%-a OFF; a fluktuáció néhány tevékenységet befolyásol
Súlyos fokú	5	A nappali ébrenlét idejének 51-75%-a OFF; a fluktuáció számos tevékenységet befolyásol
Nagyon súlyos fokú	6	A nappali ébrenlét idejének $\geq 76\%$ -a OFF; a fluktuáció minden tevékenységet befolyásol

<b>Dopamin Diszregulációs Szindróma:</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	A tünet nem észlelhető
Enyhe fokú	3	Nagyon ritkán előforduló önhatalmú gyógyszerelés, erőszakos viselkedés vagy kényszeres viselkedés
Közepes fokú	4	Ritkán előforduló önhatalmú gyógyszerelés, erőszakos viselkedés vagy kényszeres viselkedés
Súlyos fokú	5	Gyakran előforduló önhatalmú gyógyszerelés, erőszakos viselkedés vagy kényszeres viselkedés
Nagyon súlyos fokú	6	Mindig jelentkező önhatalmú gyógyszerelés, erőszakos viselkedés vagy kényszeres viselkedés

<b>Korlátozottság mértéke</b>	<b>Pontszám</b>	
Nincs jelen	0	Minden gond nélkül el tudja látni a mindennapi tevékenységeit
Enyhe fokú	1	Korlátozottan tud megerőltető vagy eszközigényes feladatokat elvégezni.
Közepes fokú	2	Korlátozottan képes a napi tevékenységeit ellátni
Súlyos fokú	4	Néhány napi tevékenység elvégzéséhez segítségre szorul
Nagyon súlyos fokú	6	A napi tevékenységek elvégzéséhez mások segítségére szorul

Értékelés: Felismerve, hogy a klinikai gyakorlat és kutatás számára nem áll rendelkezésre olyan validált, megbízható, reszponzív, rövid idő alatt felvehető és szabadon elérhető mérőeszköz, mely a PK-s beteg állapotáról komprehenzív képet nyújt, az Európai Parkinson Társaság a PDCS kifejlesztését kezdeményezte [100].

A mérőeszköz skálái a vizsgáló által relatíve rövid idő alatt felvehető és méri a motoros (6 kérdés: bradikinézia, tremor, járászavar, egyensúly/testtartási instabilitás, lefagyás, éjszakai mozgásképtelenség), a nem-motoros tünettant (6 kérdés: fáradékonyság, vizeleti zavar, kognitív zavar, depresszió/szorongás, tüneti ortosztatikus vérnyomásesés, hallucinációk/gondolkodászavar), valamint az antiparkinson kezelés komplikációit (4 kérdés: diszkinézia, disztónia, ON/OFF fluktuáció, dopamin-diszregulációs szindróma) és a kórképpel kapcsolatos korlátozottságot (1 kérdés). A motoros tünetek súlyosságát a vizsgáló a vizsgálat időpontjában értékeli, míg a többi skála a páciens vizsgálatot

megelőző két hétben tapasztalt panaszainak súlyosságát méri. Habár a tünetek súlyosságuk szempontjából lehetnek „hiányzók”, „enyhék”, „közepesen súlyosak”, „súlyosak” és „nagyon súlyosak”, a pontozás aszimmetrikus, vagyis a tünetek a klinikai relevancia alapján súlyozásra kerülnek. Így míg a kisebb fokú korlátozottságot okozó tünetek (például bradikinézia, tremor, fáradékonyság) 0 és 4 között pontozhatók, addig a klinikai szempontból nagyobb relevanciával rendelkező tünetek (például poszturális instabilitás, elesések, kognitív problémák) 0-tól 7-ig. Az egyes skálák pontszámai mellett, azok összegzésével összpontszám is számítható. [102].

#### **5. skála:** Egységesített Diszkinézia Pontozó Skála (UdysRS) [103]

Egységesített Diszkinézia Pontozó Skálát (Unified Dyskinesia Rating Scale, UDysRS) magyar verziója validált [104] és a klinikai gyakorlatban licenszdíj nélkül használható: <https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Rating-Scales/Unified-Dyskinesia-Rating-Scale.htm>

Értékelés: Egységesített Diszkinézia Pontozó Skálát (Unified Dyskinesia Rating Scale, UDysRS) 2008-ban publikálták [103]. A UDysRS kifejlesztésének alapelve az a felismerés adta, hogy a Parkinson-kórban egyetlen diszkinézia pontozó skála sem mérte fel egyszerre a diszkinézia okozta károsodás mértékét, a testrészek közötti térbeli eloszlást, az időbeli megjelenést, illetve a diszkinézia időtartamát.

A UDysRS alapvetően négy részből tevődik össze. Az első rész az ON diszkinézia (döntően hiperkinézia) okozta funkcionális károsodás mértékét vizsgálja. Ebben a részben többek között a beszéd, az öltözködés, az étkezés, a tisztálkodás, a járás, a hobbi tevékenységek és a nyilvános helyzetek során megjelenő diszkinézia okozta problémákat jellemzi a beteg egy kérdőív segítségével.

A UDysRS második része az OFF-disztónia tüneteire fókuszál. Négy kérdésből áll, mely a disztónia és a disztóniával párosult fájdalom okozta károsodás mértékét vizsgálja.

A diszkinézia súlyosságának objektív értékelését a 3. és a 4. rész adja. A 3. részben négy különböző hétköznapi tevékenység (beszélgetés, ivás, öltözködés és járás) alatt a különböző testtájakon (arcon, nyakon, jobb és bal felső végtagokon, törzsen, jobb és bal alsó végtagokon) megjelenő diszkinézia súlyosságát pontozzuk. Mivel mind a 7 testtájékat külön-külön értékeljük, így képet kaphatunk a diszkinézia térbeli eloszlásáról is.

A skála negyedik része a diszkinézia okozta korlátozottság mértékét írja le szintén a beszélgetés, az ivás, az öltözködés és a járás során. A UDysRS 3. és 4. része meghatározott videó-protokoll alapján újból értékelhető. A UDysRS magyar nyelvi validációja 2013-ban fejeződött be [104].

#### **6. skála:** Hauser-féle betegnapló [105]

##### **Parkinson Betegek Naplója**

A Parkinson betegség tünetei változékonyságot mutathatnak. A jó és a rossz mozgásteljesítményű időszakok felmérésére a betegnapló az egyik leghatékonyabb eszköz. A megfelelően kitöltött 24 órás betegnapló alapján az Ön kezelőorvosa sokkal hatékonyabban képes a gyógyszerelés vagy a mély agyi stimulátor paramétereinek beállítására. A betegnaplót 30 perces időszakokra bontottuk, melyek a nap 24 óráját lefedik. Szeretnénk megismerni, hogy milyen volt a mozgásteljesítménye a nap folyamán. Arra szeretnénk kérni, hogy minden 30 perces időszakra vonatkozóan jelölje be, hogy milyen állapotban volt. Kérjük, hogy minden időszakra vonatkozóan EGYETLEN X-el jelölje azt az állapotot, amelyik legjobban jellemezte az adott időszakot. Egy adott időszakon belül is változhat az Ön mozgásteljesítménye, azonban a betegnaplóban csak egyetlen állapotot jelölhet meg. Ilyen esetekben válassza azt az lehetőséget, amely a megítélése szerint legjobban jellemezte az Ön állapotát az adott 30 perces időszakra vonatkozóan. Az alvással töltött időszakokat is jelezze a számunkra.

#### **A betegnaplóban használt állapotok leírása:**

- **JÓ:** Jó mozgásteljesítményű állapot. Túlmozgás (csavaró, szabálytalan mozgásmintázat) nem észlelhető.
- **ENYHE TÚLMOZGÁS:** A jó mozgásteljesítmény mellett enyhe, nem zavaró és nem megterhelő túlmozgás jelentkezik. A túlmozgások olyan csavaró vagy szabálytalan mozgásformák, melyek különböznek a remegéstől.
- **SÚLYOS TÚLMOZGÁS:** A jó mozgásteljesítmény mellett súlyos fokú, zavaró vagy megterhelő túlmozgás jelentkezik.
- **ROSSZ:** Rossz mozgásteljesítményű vagy akár teljesen mozgásképtelen állapot.
- **ALVÁS:** Alvással töltött időszak.

Név: ..... Dátum: .....

	JÓ	ENYHE TÚLMOZGÁS	SÚLYOS TÚLMOZGÁS	ROSSZ	ALVÁS		JÓ	ENYHE TÚLMOZGÁS	SÚLYOS TÚLMOZGÁS	ROSSZ	ALVÁS
0:00–0:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12:00–12:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0:30–1:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12:30–13:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1:00–1:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13:00–13:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1:30–2:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13:30–14:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2:00–2:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14:00–14:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2:30–3:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14:30–15:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3:00–3:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15:00–15:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3:30–4:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15:30–16:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4:00–4:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16:00–16:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4:30–5:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16:30–17:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5:00–5:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17:00–17:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5:30–6:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17:30–18:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6:00–6:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18:00–18:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6:30–7:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18:30–19:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7:00–7:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19:00–19:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7:30–8:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19:30–20:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:00–8:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20:00–20:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:30–9:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20:30–21:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:00–9:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21:00–21:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:30–10:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21:30–22:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:00–10:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22:00–22:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:30–11:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22:30–23:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:00–11:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23:00–23:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:30–12:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23:30–24:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Értékelés: Hauser-féle betegnapló alkalmas a PK motoros fluktuációjának időbeli felmérésére. A betegeket arra kérjük, hogy 3 egymást követő napon át fél óránként az alábbi kategóriák egyikével jellemezzék a klinikai állapotukat: ON állapot túlmozgás nélkül, ON állapot enyhe és nem zavaró mértékű túlmozgással, ON állapot súlyos mértékű túlmozgással, OFF állapot és alvás. A három nap átlagából megállapítható az átlagos ON és OFF időszakok hossza.

**7. skála:** Epworth Aluszékonyság Skála (ESS) [106]

Értékelés: Az Epworth Aluszékonyság Skálát (ESS) Dr. Murray Johns fejlesztette ki az ausztráliai Epworth Klinikán. Az 1991-ben leköszölt skála nyolc kérdésből áll, melyet a betegek saját maguk tölthetnek ki [106]. Az eredeti skálát 1997-ben módosították, azóta világszerte az egyik leggyakrabban alkalmazott nappali aluszékonyság felmérésére szolgáló kérdőívvé vált. A betegeknek a szokásos életvitelüket alapul véve kell megbecsülniük, hogy milyen könnyen bóbiskolnak el különböző élethelyzetekben.

A nappali aluszékonyság felmérése a klinikai gyakorlatban nagyon fontos, hiszen ez a Parkinson-kór egyik nem-motoros tünete. Az aluszékonyság mértékét a dopamin agonista gyógyszerek használata jelentősen megnövelheti, ami akár nappali alvászékonyságot, illetve minden előzmény nélkül megjelenő elbóbiskolásokat is eredményezhet. A nappali aluszékonyság és alvászékonyság megítélése a gépjárművezetői egészségügyi alkalmasság engedélyezése során is nagyon fontos feladat, amihez az ESS rutinszerű használata jelentős segítséget nyújthat.

Az ESS Parkinson-kórban történő magyar nyelvi validációja alapján 8 vagy afeletti összpontszám esetén beszélhetünk klinikailag releváns mértékű nappali aluszékonyság jelenlétéről [107].

**8. skála:** Parkinson-kór Kérdőív (PDQ-39 [108] és PDQ-8 [109])

Értékelés: A Parkinson-kór Kérdőív (PDQ-39) egy Parkinson-kórra nézve specifikus, egészséggel-kapcsolatos életminőséget felmérő skála [108]. A skála kidolgozásakor figyelembe vették a Parkinson-kóros betegek véleményét, hogy szerintük milyen problémák befolyásolják az életminőségüket és életvitelüket [110]. A PDQ-39 az életvitel nyolc területét vizsgálja: a mozgékonyt, a mindennapi tevékenységeket, az érzelmi jólétet, a stigmát, a szociális támogatás igényét, a gondolkodási képességeket, a kommunikációt és a testi diszkomfortot. Mind a nyolc terület külön-külön értékelhető 0–100 közötti pontszámmal. A globális életminőséget a nyolc területen elért átlagként definiált PDQ-39 SI (Összesítő index, Summary index) értékkel jellemezhetjük, amely 0–100 közötti értéket vehet fel. A PDQ-39 esetében az alacsonyabb értékek jelentik a jobb életminőséget. A PDQ-39 Összefoglaló indexben bekövetkező 4,7 pontos változás már klinikailag releváns mértékűnek tekinthető [111].

Parkinson-kórban a PDQ-39 az egyik leggyakrabban alkalmazott életminőséget felmérő skála [112], melyet a betegek önállóan, átlagosan 10-15 perc alatt töltenek ki. A PDQ-39 több mint 60 nyelven elérhető; többek között magyar nyelven is validálták [113].

A PDQ-39 skálának létezik egy rövidített változata (PDQ-8), mely a PDQ-39 nyolc alegységének 1-1 reprezentatív kérdéséből tevődik össze. Hasonlóan a PDQ-39-hez, a PDQ-8 is az életminőséget a nyolc témakörben elért pontszámok átlagával jellemzi 0-100 közötti értékkel (PDQ-8 SI) [109].

**9. skála:** Schwab-England Skála (SES) [114]

Érték	Meghatározás
100%	Teljesen önálló, minden tevékenységet normál tempóban, nehézség nélkül elvégez. Korlátozottság nincs
90%	Teljesen önálló, minden tevékenységet önállóan elvégez, de némelyiket a szokásosnál lassabban (kétszer annyi idő alatt) vagy ügyetlenebbül. A beteg kezdi észlelni a funkciózavart.
80%	A legtöbb tevékenység során teljesen önálló, mindent körülbelül kétszer olyan lassan csinál, mint korábban. A beteg tudatában van funkciózavarának, lassúságának.
70%	Teljesen nem önálló, több tevékenység nehézséget okoz számára. Háromszor-négyszer annyi időt vesznek igénybe a feladatok, mint korábban. A nap nagy része a mindennapi tevékenységekkel telik.
60%	Kismértékű segítségre szorul, bizonyos feladatokat nem tud egyedül ellátni. A tevékenységek nagy részét még így is önállóan végzi, de rendkívül lassan vagy nagy erőfeszítések árán.
50%	Nagyobb mértékű segítségre szorul, minden tevékenység gondot okoz számára.
40%	Még több segítséget igényel. Csak néhány dolgot tud önállóan elvégezni, de minden tevékenységben aktívan részt tud venni.
30%	Igen nagy erőfeszítések árán időnként egy-két dolgot egyedül is elvégez, illetve elkezd, de igen nagyfokú segítséget igényel.
20%	Semmit nem tud egyedül megcsinálni, nagyfokban mozgáskorlátozott. Igen kismértékű aktív közreműködésre képes.

Érték	Meghatározás
10%	Teljes és állandó segítségre szorul.
0%	A vegetatív működések (nyelés, ürítési funkciók) is érintettek. Ágyhoz kötött.

Értékelés: A hétköznapi életvitel egyszerű felmérésére szolgáló Schwab-England Skálát (Schwab-England Scale, SES) 1969-ben mutatták be [114]. A beteg teljesítményét 0–100% között adhatjuk meg a bemutatásra kerülő definíciók alapján.

#### 10. skála: Beck Depresszió Kérdőív (BDI) [115]

BECK – depresszió skála rövidített változata

Olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat. Kérjük, minden állítás után jegyezze fel annak a válasznak a pontszámát (mellékelt pontozó skála), amelyek a legjobban leírja az Ön érzéseit az elmúlt hónap folyamán.

1 pont: egyáltalán nem jellemző

2 pont: alig jellemző

3 pont: jellemző

4 pont: teljesen jellemző

1.	Minden érdeklődésem elvesztettem mások iránt.	
2.	Semmiben sem tudok dönteni többé.	
3.	Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.	
4.	Túláságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.	
5.	Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.	
6.	Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.	
7.	Úgy látom, hogy jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.	
8.	Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.	
9.	Állandóan hibáztatom magam.	

Értékelés:

0–9	normál
10–18	enyhe
19–25	középsúlyos
≥ 26	súlyos

Beck Depresszió Kérdőívet Aaron T. Beck dolgozta ki 1961-ben [115]. A kérdőív a depresszió főbb tüneteire, úgymint a mélyebb hangulatra, a reménytelenségre, a bűnhődés érzésére, az alvászavarra és az étvágy megváltozására összpontosít. A BDI 13 éves kortól alkalmazható. A kitöltés a betegek számára átlagosan 5-10 percet vesz igénybe.

A Beck skálának több alternatív verziója is létezik:

- BDI. Az eredeti, 1961-ben kidolgozott, kérdőív, mely 21 kérdésből áll [115]. Minden egyes kérdésre 4 lehetséges válasz közül lehet választani (0–3 pont), így a BDI-n maximálisan 63 pontot lehet elérni. 10 pont alatt minimális fokú, 10–18 pont között enyhe fokú, 19–29 között közepes fokú, míg 20–63 pont között súlyos fokú depresszió feltételezhető.
- BDI-IA. Az 1970-es években továbbfejlesztett kérdőív, mely a válaszlehetőségek egyszerűsítésével és jobb érthetőségével javította az eredeti skála klinimetriai tulajdonságait [116].
- BDI-II. 1996-ban publikált változat, mely a DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) kritériumrendszerrel összhangban fogalmazza meg a depresszióra irányuló kérdéseket [117]. Szintén 21 kérdésből áll, azonban a ponthatárok kissé eltérők: Minimális depresszió: 0–13, enyhe depresszió: 14–19 pont, közepes depresszió: 20–28, és súlyos depresszió: 29–63.
- A Beck Depresszió Kérdőívnek egy 13 kérdésből álló rövidített formája is elérhető. Ennél a típusnál a ponthatárok a következők: Minimális depresszió: 0–5 pont, enyhe depresszió: 6–11 pont, közepesen súlyos: 12–15 pont és a súlyos depresszió: ≥ 15 pont.

**11. skála:** Montgomery-Asberg Depresszió pontozó Skála (MADRS) [118]

Értékelés: A Montgomery-Asberg Depresszió Pontozó Skála (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) [118] egy olyan validált, a depresszió súlyosságát felmérő eszköz, melyet képzett egészségügyi szakember vesz fel. A skála 10 kérdésből áll, mindegyik kérdésre adott válasz 0–6 pont között kategorizálható. A MADRS skálán elért nagyobb pontszám súlyosabb depresszív állapotot jelent. A MADRS skálát eredetileg úgy fejlesztették ki, hogy érzékenyen képes legyen kimutatni a depresszióban bekövetkező változásokat [183]. A MADRS skálán az 1,9 pontot elérő javulás már klinikailag jelentősnek számít [119].

**12. skála:** Hamilton Szorongás Skála [120]

A szorongás tüneteinek felmérésére alkalmazható Hamilton Szorongás Skálát (HAM-A) Max Hamilton 1959-ben közölte [120] és azóta széles körben alkalmazott eszközzé vált. A skálát egészségügyi szakember veszi fel. A skála 14 tünetet vizsgál, aminek a jelenlétét és súlyosságát 0–4 pont közötti értékkel jellemezhetünk [187]. A HAM-A skálán elért magasabb pontszám súlyosabb fokú szorongást jelez.

**13. skála:** Parkinson Szorongás Skála [121]

Értékelés: A Michael J. Fox Alapítvány segítségével a közelmúltban fejlesztették ki és validálták a Parkinson-szorongás skálát (PAS), hogy egy licenctmentes klinikai és kutatási eszközt biztosítsanak a Parkinson-populáció számára [121]. A PAS egy 12 tételből álló eszköz, amelyet vagy egy képzett szakember (kikérdezős változat), vagy maguk a betegek értékelhetnek (beteg által értékelt változat). A PAS három különböző alskálából áll, melyek a tartós szorongást (5 tétel), az epizodikus szorongást (4 tétel) és az elkerülő viselkedést (3 tétel) írják le [7]. Minden egyes tétel egy 5 pontos Likert-skálán pontozható, ahol a „0” azt jelenti, hogy „nem vagy soha”, a „4” pedig azt, hogy „súlyos vagy szinte mindig”, ami maximálisan 48 pontos összpontszámot jelent. A fejlesztők szerint az önértékeléses változat értékelése kevesebb, mint 2 perc alatt elvégezhető, míg a megfigyelő által értékelt változat akár 5 percet is igénybe vehet. A PAS határértéke, amely a legjobban megkülönböztette a szorongás jelenlétét a szorongás hiányától, 12,5 pont volt (szensitivitás 88,6%, specifitás 79,9) [35].

Magyar nyelvű validált verzió elérhető: <https://kovacsnorbert.eu/download/1403/>

**14. skála:** Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (AKV) [122]

Magyar nyelvű AKV elérhető: <https://semmelweis.hu/gytk/files/2017/06/Salacz3-Szakkepzes-0527.pdf>

Értékelés: Az AKV magyar nyelvi validációja Alzheimer-kóros betegek bevonásával készült [123], azonban Parkinson demencia szűrésére is használható [124]. A leggyakrabban alkalmazott neurokognitív skálák (MMSE, MDRS, MoCA, és ACE) vonatkozásában elérhető a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition) [125] kritériumrendszer szerinti enyhe és major neurokognitív zavar Parkinson-kórban szűrésére szolgáló magyar, validált határértékek [126], illetve ezek iskolázottságtól függő határértékei is [127] (11. táblázat).

**15. skála:** Addenbrooke Kognitív Vizsgálat III és a mini-Addenbrooke Kognitív Vizsgálat [128]

Magyar nyelvű teszt elérhető: <https://www.sydney.edu.au/content/dam/corporate/documents/brain-and-mind-centre/frontier/ace-111-updates/Hungary.zip>

Értékelés: Az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat III és a mini-Addenbrooke Kognitív Vizsgálat magyar nyelven validált [67]. A leggyakrabban alkalmazott neurokognitív skálák (MMSE, MDRS, MoCA, és ACE) vonatkozásában elérhető a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition) [125] kritériumrendszer szerinti enyhe és major neurokognitív zavar Parkinson-kórban szűrésére szolgáló magyar, validált határértékek [126], illetve ezek iskolázottságtól függő határértékei is [127] (11. táblázat).

**16. skála:** Montreal Kognitív Felmérés [129]

Magyar nyelvű Montreal Kognitív Felmérés 7.1, 7.2 és 7.3 verziója elérhető regisztráció és tréninget követően:

<https://www.mocatest.org/>

Értékelés: A Montreal Kognitív Felmérés magyar nyelven validált [126]. A leggyakrabban alkalmazott neurokognitív skálák (MMSE, MDRS, MoCA, és ACE) vonatkozásában elérhető a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition) [125] kritériumrendszer szerinti enyhe és major neurokognitív zavar Parkinson-kórban szűrésére szolgáló magyar, validált határértékek [126], illetve ezek iskolázottságtól függő határértékei is [127]. [11. táblázat: Fontosabb neuropszichológiai tesztek határértékei a DSM-5 szerinti enyhe és major neurokognitív zavar Parkinson-kórban szűréséhez.]



### 1.3. Táblázatok

#### 1. táblázat: A Parkinson-kór főbb motoros tünetei [2]

<b>Motoros (mozgással kapcsolatos) tünetek:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bradikinézia (meglassultság és egyre csökkenő amplitúdójú és/vagy sebességű mozgáskivitelezés kombinációja)</li> <li>– Rigiditás (izomtónus-fokozódás egyik típusa, ahol az agonista és antagonisták tónusa is kórosan megnő)</li> <li>– Tremor (remegés)</li> <li>– Görnyedt testtartás</li> </ul> <p>Főleg előrehaladott fázisban jellemző tünetek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Testtartási instabilitás</li> <li>– Lefagyás</li> <li>– Hezitáció</li> <li>– Elesések</li> <li>– Motoros komplikációk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gyógyszer hatástartam rövidülés (wearing off)</li> <li>– ON-OFF fluktuáció</li> <li>– Csúcs-koncentrációs hiperkinezisek</li> <li>– Bifázisos diszkinézia</li> <li>– Disztónia</li> <li>– Delayed ON</li> <li>– No ON jelenség</li> </ul> </li> </ul>

*A Parkinson-kór leggyakrabban előforduló és legfontosabb motoros tüneteinek felsorolása. Diszkinézia alatt a choreiform hiperkineziseket és a disztóniát együttesen értjük.*

#### 2. táblázat: A Parkinson-kór leggyakrabban leírt nem-motoros tünetei, amelyek a betegség természetes lefolyására vezethetők vissza vagy pedig a terápiával kapcsolatosak [30]

<b>Domain</b>	<b>Tünetek</b>
Autonóm	Vérnyomásváltozások ortosztatisz hipotenzióval, tachycardia, vizelési zavarok (például sürgősség, gyakoriság), noktúria, szexuális diszfunkció, hiperszexualitás (valószínűleg gyógyszer okozta), paroxizmális izzadás, seborrheoa, xerostomia („száraz szem”), arc hiperémia, mydriasis, sápadtság.
Gyomor-bélrendszeri	Nyálcsorgás, diszfágia, székrekedés, széklet inkontinencia, meteorizmus.
Alvás	REM viselkedési zavar (RBD), túlzott nappali aluszékonyság, élénk álmok, álmatlanság, periodikus végtagmozgások (PLM), nyugtalan lábak szindróma (RLS).
Neuropszichiátriai	Kognitív károsodás (beleértve az enyhe kognitív károsodást és a demenciát), depresszió, anhedónia, apátia, szorongás, pánikrohamok, delírium, hallucinációk, illúziók, téveszmék, impulzuskontroll-zavar (ICD), dopamin diszregulációs szindróma (DDS), dopamin agonista megvonási szindróma (DAWS).
Érzékszervi	Fájdalom, szaglási zavar, homályos látás, vizuális diszkriminációs zavarok (neurokognitív károsodással is összefügg).
Egyéb	Fáradtság, diplopia, súlyvesztés vagy súlygyarapodás (gyakran gyógyszerrel és fejlődéssel összefüggő)

**3. táblázat:** Az Egyesült Királyság Parkinson-kór Társaság Agybank kritériumai a Parkinson-kór diagnózisának felállításához [13], [42]

Fő kritériumok	Támogató kritériumok	Kizáró kritériumok
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bradikinézia és legalább egy másik kritérium az alábbiak közül</li> <li>- 4-6 Hz-es nyugalmi remegés</li> <li>- Rigiditás</li> <li>- Más neurológiai betegséggel nem magyarázható testtartási instabilitás</li> </ul>	<p>Legalább 3 jelenléte szükséges a diagnózishoz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progresszív tünettan</li> <li>- Aszimmetrikus kezdet</li> <li>- Tartósan fennálló oldal-aszimmetria</li> <li>- Nyugalmi remegés jelenléte (frekvenciájától függetlenül)</li> <li>- Legalább 10 éves betegségstartam</li> <li>- Jó levodopa hatékonyság</li> <li>- Levodopa-indukált túlmozgások</li> <li>- Levodopa a tüneteket a betegség kezdetétől számított ötödik év után is javítja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Korábbi gyakori, ismételt fejsérülés (például boksz)</li> <li>- Stroke, melyet lépcsőzetesen romló parkinsonos tünetek követnek</li> <li>- Korábbi enkefalitisz</li> <li>- Neuroleptikus kezelés alkalmazása a tünetek megjelenésekor</li> <li>- Tartós tüneti javulás jelentkezik gyógyszeres kezelés nélkül is</li> <li>- Több mint 1 vérszerinti rokona Parkinson-kóros</li> <li>- 3 év után is csak egyoldali tünetek észlelhetők</li> <li>- Okulogíriás krízis</li> <li>- Szupranukleáris tekintésvazavar</li> <li>- Kisagyi tünetek jelenléte</li> <li>- Hidrokefalusz vagy agydaganat jelenléte</li> <li>- Nagy dózisu levodopa tartalmu gyógyszeres kezelés mellett sem javulo tünetek</li> <li>- MPTP expozíció</li> <li>- Alsó végtagi piramis jelek jelenléte</li> <li>- Korán megjelenő demencia vagy gnosztikus zavar</li> <li>- Korán megjelenő urológiai okkal nem magyarázható vizelesi zavar vagy ortosztatikus hipotenzió</li> </ul>

**4. táblázat:** A Mozgászavar Társaság PK (MDS-PD) kritériumrendszere [3].

Alapkritérium: parkinsonizmus, amelyet bradikinézia és legalább 1 tünet az alábbiak közül jellemez: nyugalmi remegés, vagy rigiditás az MDS-UPDRS alapján	
A parkinsonizmus diagnosztizálása után:	
	<p><b>A klinikailag igazolt Parkinson-kór diagnózisához az alábbiak MINDEGYIKE szükséges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abszolút kizáró kritériumok hiánya</li> <li>- Legalább két támogató kritérium, és</li> <li>- Nincsenek vörös zászlós tünetek</li> </ul>
	<p><b>A klinikailag valószínűsíthető Parkinson-kór diagnózisához szükséges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abszolút kizáró kritériumok hiánya</li> <li>- Vörös zászlós tünetek jelenléte, amelyeket támogató kritériumok ellensúlyoznak <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ha 1 vörös zászló van jelen, legalább 1 támogató kritériumnak is kell lennie</li> <li>b) Ha 2 vörös zászló van jelen, legalább 2 támogató kritériumra van szükség</li> <li>c) Ebben a kategóriában 2-nél több vörös zászló tünet nem megengedett.</li> </ul> </li> </ul>

Támogató kritériumok (jelölje be, ha a kritériumok teljesülnek)	
<input type="checkbox"/>	Egyértelmű és drámai javulás a dopaminerg terápiára. A kezdeti stádiumban a kezelés hatására a beteg visszatért a normális vagy közel normális szintű működéshez. A kezdeti válasz egyértelmű dokumentációjának hiányában nagyfokú válasznak minősíthető: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jelentős javulás a dózis növelésével vagy jelentős romlás a dózis csökkentésével párhuzamosan. Azonban egy enyhe fokú változás nem meríti ki ezt a kritériumot. Objektív módon (az UPDRS III-ban a kezelés megváltoztatásával elért &gt;30%-os javulásként definiálva), vagy szubjektíven, egy megbízható beteg vagy gondozó által a markáns változásokról szóló elmondással dokumentálható.</li> <li>– Egyértelmű és markáns ON/OFF-ingadozás, amelynek valamikor előre jelezhető és magába foglalja a dózis végi wearing off jelenségét.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Levodopa által kiváltott diszkinézia jelenléte
<input type="checkbox"/>	Egy végtag nyugalmi remegése, klinikai vizsgálattal dokumentálva (múltban vagy jelenleg).
<input type="checkbox"/>	Szaglászcsökkenés vagy a MIBG-szcintigráfián észlelt szív szimpatikus denervációja.
Abszolút kizáró kritériumok: A felsorolt jellemzők bármelyikének jelenléte kizárja a PK-t.	
<input type="checkbox"/>	Egyértelmű kisagyi tünettan, mint például cerebelláris járás, végtagi ataxia, vagy kisagyi okulomotoros rendellenességek (például tartós tekintés kiváltotta nisztagmus, makro négyszögletes hullám rángások, hipermetrikus szakkádok).
<input type="checkbox"/>	Lefelé irányuló vertikális szupranukleáris tekintésbénulás, vagy a lefelé irányuló vertikális szakkádok szelektív lassulása.
<input type="checkbox"/>	A betegség első 5 évében a konszenzusos kritériumok szerint meghatározott valószínű viselkedési variáns frontotemporális demencia vagy primer progresszív afázia diagnózisa kimondható.
<input type="checkbox"/>	3 évnél hosszabb ideje kizárólag az alsó végtagokra korlátozódó parkinsonos tünettan
<input type="checkbox"/>	Dopamin-receptor-blokkolóval vagy dopamin-csökkentő szerrel történő kezelés olyan dózisban és időtartamban, amely megfelel a gyógyszer okozta parkinsonizmusnak.
<input type="checkbox"/>	a betegség legalább közepes súlyossága ellenére sem észlelhető klinikai válasz a nagy dózisu levodopa kezelésre
<input type="checkbox"/>	Egyértelmű agykérgi szenzoros hiánytünetek (például grafesztézia, sztereognózis ép elsődleges szenzoros modalitással), egyértelmű végtagi ideomotoros apraxia vagy progresszív afázia.
<input type="checkbox"/>	A preszinaptikus dopaminerg rendszer normális funkciójára utaló idegrendszeri képzőanyag
<input type="checkbox"/>	Dokumentáció egy olyan alternatív állapotról, amelyről ismert, hogy parkinsonizmust okoz, és amely valószínűsíthetően összefügg a beteg tüneteivel, vagy a szakértő értékelő orvos a teljes diagnosztikai értékelés alapján úgy véli, hogy egy alternatív szindróma valószínűbb, mint a Parkinson-kór.
Vörös zászlós jelek	
<input type="checkbox"/>	Gyors progressziójú járászavar, amely a kezdettől számított 5 éven belül rendszeres kerekesszék használatot igényel.
<input type="checkbox"/>	A motoros tünetek vagy jelek progressziójának teljes hiánya 5 vagy több év alatt, kivéve, ha a stabilitás a kezeléssel függ össze.
<input type="checkbox"/>	Korai bulbáris diszfunkció: súlyos diszfónia vagy dizartria (az idő nagy részében érthetetlen beszéd) vagy súlyos diszfágia (lány étel, NG-szonda vagy gasztrosztómias táplálás szükséges) az első 5 éven belül.
<input type="checkbox"/>	Belégzési zavar: nappali vagy éjszakai belégzési stridor vagy gyakori belégzési sóhajok.
<input type="checkbox"/>	Súlyos vegetatív elégtelenség a betegség első 5 évében. Ez a következőket foglalhatja magában: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ortosztatikus hipotenzio – a vérnyomás ortosztatikus csökkenése 3 percen belül álló helyzetben legalább 30 Hgmm szisztolés vagy 15 Hgmm diasztolés értékkel, dehidráció, gyógyszeres kezelés vagy más olyan betegség hiányában, amely valószínűsíthetően magyarázná a vegetatív diszfunkciót, vagy</li> <li>– Súlyos vizeletretenció vagy vizeletinkontinencia a betegség első 5 évében (kivéve a tartós vagy kismértékű stressz inkontinenciát nőknél). Férfiak esetében a vizeletretenció nem tudható be prosztatata betegségnek és merevedési zavarral kell társulnia.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Ismétlődő (>1/év) elesés egyensúlyzavar miatt a betegség kezdetétől számított 3 éven belül.
<input type="checkbox"/>	Aránytalan mértékű anterokollisz (disztónikus) vagy a kéz vagy a láb kontraktúrája az első 10 éven belül.

<input type="checkbox"/>	A betegség bármelyik gyakori nem-motoros jellemzőjének hiánya a betegség 5 éves időtartama ellenére. Ezek közé tartozik az alvászavar (átalvási nehezítettség, túlzott nappali álmoság, a REM magatartászavar tünetei), autonóm diszfunkció (székrekedés, nappali vizeelési inger, tüneti ortosztázis), hipozmia vagy pszichiátriai problémák (depresszió, szorongás vagy hallucinációk).
<input type="checkbox"/>	Egyéb okkal nem magyarázható piramispálya károsodás tünetei, amelyet centrális parézis, piramis jelek vagy egyértelmű patológiás hiperreflexia jellemez (kivéve az enyhe reflex aszimmetriát és az izolált extenzor plantar választ).
<input type="checkbox"/>	Bilaterális szimmetrikus parkinsonizmus. A beteg vagy a gondozó a tünetek kétoldali megjelenéséről számol be, és nincs oldal dominancia, és az objektív vizsgálat során sem figyelhető meg oldal aszimmetria
Kritériumok alkalmazása:	
1. Észlelhető-e a betegnél az MDS-kritériumok szerint meghatározott parkinsonizmus? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Ha nem, akkor sem valószínűsíthető PK, sem klinikailag igazolt PK nem diagnosztizálható. Ha igen:	
2. Vannak-e abszolút kizáró kritériumok? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Ha „igen”, akkor sem valószínűsíthető PD, sem klinikailag igazolt PD nem diagnosztizálható. Ha nem:	
3. A vörös zászlók száma:	
4. A jelenlévő támogató kritériumok száma:	
5. Van legalább 2 támogató kritérium, és nincsenek vörös zászlók? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Ha igen, a beteg megfelel a klinikailag igazolt Parkinson-kór kritériumának. Ha nem:	
6. Több mint 2 vörös zászló van? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Ha „igen”, akkor a valószínűsíthető PD nem diagnosztizálható. Ha nem:	
7. A vörös zászlók száma megegyezik vagy kevesebb, mint a támogató kritériumok száma? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Ha igen, a beteg megfelel a valószínűsíthető Parkinson-kór kritériumainak.	

**5. táblázat:** A Lewy-testes demencia (DLB) kritériumai [15]

Esszenciális feltétel	Demencia: Progresszív kognitív hanyatlás, mely a mindennapi funkciók károsodását okozza. Kifejezett károsodás a figyelmi, a végrehajtási és a vizuospatialis funkciókban, a memória és megnevezési funkciók relatív megkíméltségével.
Alap (mag) klinikai jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fluktuáció a kognitív funkciókban (különösen a figyelemben és az éberségben).</li> <li>– Visszatérő vizuális hallucinációk (részletes, jól formált).</li> <li>– REM magatartási zavar (akár a kognitív tünetek megjelenése előtt).</li> <li>– Parkinsonizmus</li> </ul>
Szupportív klinikai jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Neuroleptikus érzékenység (kifejezett)</li> <li>– Tartási instabilitás</li> <li>– Ismétlődő elesések</li> <li>– Szinkópe (vagy más átmeneti non-reszponzív állapot)</li> <li>– Kifejezett autonóm zavar</li> <li>– Hiperszomnia (EDS)</li> <li>– Hipozmia</li> <li>– Nem vizuális hallucinációk</li> <li>– Szisztémás delúziók</li> <li>– Apátia, anxietas, depresszió</li> </ul>

Indikatív biomarkerek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A bazális ganglionok csökkent dopamin transzporter felvétele (DATSCAN).</li> <li>– Csökkent aktivitás miokardium MIBG SPECT/(CT)-mérés során REM alvás atónia nélkül, polyszomnografiával igazolva.</li> </ul>
Szupportív biomarkerek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A mediális temporális területek relatív épsége CT/MRI vizsgálattal.</li> <li>– Funkcionális képalkotókkal: csökkent okcipitális aktivitás PET vizsgálattal; a hátsó/középső cinguláris aktivitás relatív épsége (cingulate island sign).</li> <li>– Prominens posterior lassú hullám EEG aktivitás periodikus pre-alfa/théta fluktuációkkal.</li> </ul>
Nem támogató jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cerebrovaszkuláris betegség.</li> <li>– parkinsonizmus az egyedüli alap (mag) klinikai jellemző és az a demencia előrehaladott szakaszában jelenik meg.</li> </ul>
Időbeli összefüggések	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A demencia és a mozgászavar egy éven belül jelentkeznek; a mozgászavar kezdete után több, mint egy évvel kezdődő demencia Parkinson-kórhoz társuló demencia (PDD).</li> </ul>
Valószínű (probable) DLB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Két vagy több alap (mag) klinikai jellemző.</li> </ul> <p>VAGY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Egy alap (mag) klinikai jellemző ÉS egy vagy több indikatív biomarker.</li> </ul>
Lehetséges (possible) DLB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Egy alap (mag) klinikai jellemző indikatív biomarker nélkül.</li> </ul> <p>VAGY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Egy vagy több indikatív biomarker, alap (mag) klinikai jellemző nélkül.</li> </ul>
Definitív DLB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lewy-testek, Lewy-neuritek neuropatológiai vizsgálattal igazolva, a társuló Alzheimer-típusú patológiától függően neokortikális vagy limbikus kiterjedéssel.</li> </ul>

**6. táblázat:** A progresszív szupranukleáris parézis (PSP) diagnosztikai kritériumai [16]

Kötelező alapkritériumok	<p>B1. Sporadikus betegség</p> <p>B2. Az első tünetek jelentkezésekor 40 vagy afeletti életkor</p> <p>B3. A tünetek progresszív romlása</p>	
Kötelező kizáró kritériumok	Klinikai jellemzők	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható epizódikus memóriazavar (Alzheimer-kór kizárására)</li> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható autonóm zavar (multiszisztémás atrófia és Lewy-patológia kizárására)</li> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható vizuális hallucinációk és fluktuáció (Lewy-testes demencia kizárására)</li> <li>– Domináns, más okkal nem magyarázható, több szegmentumot érintő felső és alsó motoneuron tünetek (motoneuron-betegség kizárására)</li> <li>DE: izolált felső motoneuron tünetek nem kizáróak!</li> <li>– Hirtelen kezdet vagy lépcsőzetes lefolyás vagy gyors progresszió</li> <li>– Enkefalitisz az anamnézisben</li> <li>– Domináns végtagi ataxia</li> <li>– Tartási instabilitás azonosítható oka (érezszavar, vesztibuláris zavar, súlyos spaszticitás, alsó motoneuron tünetek)</li> </ul>
	Képalkotó vizsgálattal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kifejezett leukoencefalopátia</li> <li>– Releváns agyi szerkezeti károsodás</li> </ul>

Kizáró kritériumok, klinikai összefüggésben	Képkeltő vizsgálatok	Atípusos lefolyású formákban szerkezeti patológia kizárására (például Stroke, CADASIL), illetve prionbetegségekre jellemző jelzavar kizárására
	Laboratóriumi vizsgálatok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSP-CBS esetében Alzheimer-kór kizárása liquor amiloid/tau, amiloid PET segítségével.</li> <li>- 45 év alatti betegek esetében: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Wilson-kór (alacsony szérum cöruoplazmin és réz, fokozott 24 órás vizelet rézürítés, Kayser-Fleischer gyűrű)</li> <li>b) Niemann-Pick C betegség (plazma oxysterol, filipin teszt)</li> <li>c) Hypoparathyreosis</li> <li>d) Neuroanthocytosis</li> <li>e) Neurosyphilis</li> </ul> </li> <li>- Gyors progressziójú betegségben kizárandó: <ul style="list-style-type: none"> <li>f) Prionbetegség</li> <li>g) Paraneopláziás encefalitisz</li> </ul> </li> <li>- Whipple-kór</li> </ul>
	Genetikai vizsgálatok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A MAPT ritka variánsai (mutációi) nem kizáró kritérium, de jelenlétük meghatározza az öröklődő, nem pedig a sporadikus PSP-t.</li> <li>- A MAPT H2 haplotípus homozigotizációja nem kizáró kritérium, de valószínűtlenné teszi a diagnózist.</li> <li>- LRRK2 és Parkin ritka variánsokat figyeltek meg boncolással igazolt PSP-ben szenvedő betegeknél, de ok-okozati összefüggésük egyelőre nem világos.</li> <li>- Más gének ismert ritka variánsai kizáró kritériumot jelentenek, mivel klinikailag a PSP egyes aspektusait utánozhatják, de neuropatológiailag eltérhetnek; ezek közé tartoznak a következők</li> <li>- Nem-MAPT-hez társuló frontotemporális demencia (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenció endoscopia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenció endoscopos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is megvannak. A csak hagyományos endoscopyt végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopos szakembereit képezi, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenció számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbeteg ágyunk létszám mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenció endoscopia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenció endoscopos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is</li> </ul>

		<p>megvannak. A csak hagyományos endoscopykat végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopyos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopyos szakembereit képi, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenciós számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbetegágyunk létszáma mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenciós endoscopyia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenciós endoscopyos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is megvannak. A csak hagyományos endoscopykat végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopyos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopyos szakembereit képi, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenciós számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbetegágyunk létszám mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (A felkészültség nincs távol attól, hogy egy nemzetközi szinten is vállalható, jól működő intervenciós endoscopyia központ kialakítása, ahol specializáltan fókuszálhatunk erre a betegcsoportra (nincs IBD vagy hepatológia), a felszereltség egyedülálló, a legtöbb intervenciós endoscopyos módszert beállításra került és a megfelelő társszakmák is megvannak. A csak hagyományos endoscopykat végző egység mellett létrejött és működik, egy az egész országból érkező beteganyag, a legnehezebb endoscopyos beavatkozásokat végző központ, amely a jövő endoscopyos szakembereit képi, miközben strukturálisan egy kis ambulancia maradt, beütemezett fejlesztési terv nélkül, pedig az egyre növekvő intervenciós számok arról tanúskodnak, hogy szükség van a profilra. A növekedés, illetve a központ kialakításának feltétele, a jelenlegi ambuláns kereteken túl, szükség lenne gasztroenterológus által felügyelt fekvőágyakra ügyeleti időben is (a „hétköznapi nappali kórházként” működés mellett), az akkreditált osztály rezidenseket is fogadhatna, illetve néhány új szakorvos és egészségügyi szakdolgozó segíthetné a működtetést. A jelenlegi fekvőbetegágyunk létszám mellett a fenti kiegészítéssel működőképessé válna, egy kisebb állandó földrajzi területről (például Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség.</li> <li>- Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</li> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség. Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</li> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség. Észak Dunántúl) betegek szakellátására.</li> <li>- A közelből érkező betegeket a beavatkozás után akár vissza is juttathatjuk (monitorizált betegőrző terem), így az esetszámok akár tovább növelhetőek. A növekedéshez részben az önállósodásra és a feltételek biztosítására („m2 fejlesztés”, orvosi/asszisztensi/ambuláns szobák) lenne szükség. C9orf72, GRN, FUS, TARDBP, VCP, CHMP2B). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór (például SYNJ1, GBA)</li> <li>- AD (APP, PSEN1, PSEN2)</li> <li>- Niemann-Pick betegség, C típus (NPC1, NPC2)</li> <li>- Kufor-Rakeb-szindróma (ATP13A2)</li> <li>- Perry-szindróma (DCTN1)</li> <li>- Mitokondriális betegségek (POLG, ritka mitokondriális variánsok)</li> <li>- Dentatorubrális pallidolulioszi atrofia (ATN1)</li> <li>- Prion betegségek (PRNP)</li> </ul> </li> </ul>		
<b>KLINIKAI MAG TULAJDONSÁGOK:</b>				
Valószínűségi szint	Szemmozgászavarú (O)	Tartási instabilitás (P)	Akinézia (A)	Kognitív zavar (C)
1. szint	Vertikális szupranukleáris tekintésbénulás	A tünetkezdet utáni 3 éven belül ismételt, nem provokált elesések	A tünetkezdet utáni 3 éven belül progresszív „gait freezing”	Non-fluens/agrammatikus primer progresszív afázia vagy progresszív beszéd apraxia
2. szint	Vertikális szakkádsebesség csökkenés	Retropulziós teszt pozitív 3 éven belül a tünetek kezdete után	Dominánsan axiális, levodopa rezisztens akinetikus-rigid parkinsonizmus	Frontális kognitív/magatartási zavar kezdeti tünetként
3. szint	gyakori „macro square wave jerks” vagy szemnyitási apraxia	Retropulziós tesztben kettőnél több lépésben kompenzál tünetkezdehez képest 3 éven belül	Tremor domináns vagy aszimmetrikus vagy levodopa-reszponzív parkinsonizmus	kortikobazális szindróma



SZUPPORTÍV TULAJDONSÁGOK:		
Klinikai jellemzők (clinical clues)		Képkalkotó eltérések (Imaging findings)
CC1: levodopa-rezisztencia; CC2: hipokinetikus, spasztikus dizartria; CC3: diszfágia		IF1: Középagyi atrófia vagy hipometabolizmus; IF2: Posztzinaptikus striatális dopaminerg degeneráció.
PSP DIAGNOSZTIKAI BIZONYOSSÁGI SZINTEK, ALTÍPUSOK (VALÓSZÍNŰ, LEHETSÉGES, SZUGGESZTÍV ESETÉBEN B1+B2+B3 MELLETT):		
Diagnózis bizonyossága	Feltétel	Fenotípus
Definitív PSP	Neuropatológiai diagnózis	Bármely klinikai szindróma
Valószínű (probable) PSP	(O1 vagy O2) ÉS (P1 vagy P2)	PSP-Richardson-szindróma
	(O1 vagy O2) ÉS A1	PSP-progresszív „gait freezing”
	(O1 vagy O2) ÉS (A2 vagy A3)	PSP-parkinsonizmus
	(O1 vagy O2) ÉS C2	PSP-frontális
Lehetséges (possible) PSP	O1	PSP-szemmozgászavar
	O2 ÉS P3	PSP-Richardson-szindróma
	A1	PSP-progresszív „gait freezing”
	(O1 vagy O2) ÉS C1	PSP-beszéd/nyelvi zavar
	(O1 vagy O2) ÉS C3	PSP-CBS
Gyanított (suggestive) PSP	O2 vagy O3	PSP-szemmozgászavar
	P1 vagy P2	PSP-poszturális instabilitás
	O3 ÉS (P2 vagy P3)	PSP-Richardson-szindróma
	A2 vagy A3) ÉS (O3, P1-2, C1-2, CC1-4 egyike)	PSP-parkinsonizmus
	C1	PSP-beszéd/nyelvi zavar
	C2 ÉS (O2 vagy P3)	PSP-frontális
	C3	PSP-CBS

**7. táblázat:** A kortikobazális szindróma (CBS) diagnosztikai kritériumai [17]

Diagnózis bizonyossága	Feltétel
I: Valószínű (probable) kortikobazális szindróma (1 ÉS 2)	1. Legalább kettő az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aszimmetrikus végtagi rigor vagy akinézia</li> <li>- Aszimmetrikus végtagi disztónia</li> <li>- Aszimmetrikus végtagi mioklonus</li> </ul> 2. Legalább kettő az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orofaciális vagy végtagi apraxia</li> <li>- Kortikális érzészavar</li> <li>- Idegen kéz szindróma</li> </ul>
II: Lehetséges (Possible) kortikobazális szindróma (1 ÉS 2):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legalább egy I/1 közül, akár szimmetrikusan</li> <li>- Legalább egy I/2 közül</li> </ul>
III: Frontális magatartási-vizuospaciális szindróma	Legalább egy az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- végrehajtási funkciók zavara</li> <li>- magatartási zavar vagy személyiségváltozás</li> <li>- vizuospaciális zavar</li> </ul>

<b>Diagnózis bizonyossága</b>	<b>Feltétel</b>
IV: Primer progresszív afázia non-fluens/agrammatikus variánsa	Nehezített, agrammatikus beszéd ÉS legalább egy az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- károsodott mondatértés/agrammatizmus viszonylag megtartott megértéssel szavak szintjén</li> <li>- beszéd apraxia</li> </ul>
V: Progresszív szupranukleáris bénulás szindróma (CBS-PSP)	Legalább három az alábbiakból: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Axiális vagy szimmetrikus végtagi rigor vagy akinézia</li> <li>- Tartási instabilitás vagy elesések</li> <li>- Vizelettartási zavar</li> <li>- Magatartászavar</li> <li>- Szupranukleáris tekintésbénulás vagy lassabb vertikális szakkádok</li> </ul>

**8. táblázat:** A multisisztémás atrófia (MSA) kritériumai [18]

<b>Diagnózis bizonyossága</b>	<b>Feltétel</b>
Definitív MSA	Neuropatológiai diagnózis; Papp-Lantos inklúziók kimutatása
Valószínű (Probable) MSA	Sporadikus, progresszív, felnőttkori (30 évnél idősebb korban jelentkező) betegség Autonóm tünet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vizelet inkontinencia, VAGY</li> <li>- Férfiakban erektilis diszfunkció VAGY</li> <li>- Ortosztatikus hipotenzió (minimum 30 Hgmm szisztolés vagy 15 Hgmm diasztolés vérnyomásesés állva 3 percen belül)</li> </ul> És <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levodopára nem reagáló parkinsonizmus (bradikinézia, rigor, tremor vagy tartási instabilitás)</li> </ul> <p style="text-align: center;">VAGY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerebelláris tünetek (járási ataxia, cerebelláris dizartria, végtagataxia vagy cerebelláris eredetű szemmozgászavar)</li> </ul>

Diagnózis bizonyossága	Feltétel
Lehetséges (Possible) MSA	<p>Sporadikus, progresszív, felnőttkori (30 évnél idősebb korban jelentkező) betegség</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinsonizmus (bradikinézia, rigor, tremor vagy tartási instabilitás)</li> </ul> <p>VAGY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerebelláris tünetek (járási ataxia, cerebelláris dizartria, végtagataxia vagy cerebelláris eredetű szemmozgászavar)</li> </ul> <p>ÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legalább egy autonóm panasz <ul style="list-style-type: none"> <li>- (más okkal nem magyarázható) sürgető vagy gyakori vizeletürítési inger,</li> <li>- nem teljes hólyagürülés,</li> <li>- erektilis diszfunkció, vagy</li> <li>- a valószínű MSA kritériumoknál felsorolt mértéket el nem érő ortosztázis)</li> </ul> </li> </ul> <p>ÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legalább egy járulékos tünet az alábbiak közül: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lehetséges (Possible) MSA-P vagy MSA-C <ul style="list-style-type: none"> <li>- Babinski-jel fokozott reflexekkel</li> <li>- Stridor</li> </ul> </li> <li>- Lehetséges (Possible) MSA-P <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gyorsan progrediáló parkinsonizmus</li> <li>- Levodopára adott elégtelen válasz</li> <li>- A motoros tünetek kezdete utáni 3 éven belül kialakuló tartási instabilitás</li> <li>- Járási ataxia, cerebelláris dizartria, végtagataxia vagy cerebelláris eredetű szemmozgászavar</li> <li>- A motoros tünetek kezdete utáni 5 éven belül kialakuló diszfágia</li> <li>- MRI-n a putámen, a pedunculus cerebellaris medius, a pons vagy a cerebellum atrófiája</li> <li>- A putámen, az agytörzs vagy a cerebellum hipometabolizmusa FDG-PET vizsgálattal</li> </ul> </li> <li>- Lehetséges (Possible) MSA-C <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinsonizmus (bradikinézia és rigor)</li> <li>- MRI-n a putámen, a pedunculus cerebellaris medius vagy a pons atrófiája</li> <li>- A putámen hipometabolizmusa FDG-PET vizsgálattal</li> <li>- Preszinaptikus nigrostrialis dopaminerg denerváció jelei SPECT vagy PET vizsgálattal</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Az MSA diagnózisát támogató tulajdonságok	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orofaciális disztónia,</li> <li>- Anterokollisz,</li> <li>- Camptocormia (a gerinc anteflexiója álló helyzetben) vagy Pisa-szindróma (a gerinc laterális flexiója),</li> <li>- Kifejezett diszfónia, dizartria,</li> <li>- Újonnan megjelenő vagy fokozódó horkolás,</li> <li>- Hűvös kezek és lábak,</li> <li>- Kényszernevetés vagy kényszersírás,</li> <li>- Mioklonusszerű poszturális/akciós tremor.</li> </ul> <p>Az MSA diagnózisát nem támogató tulajdonságok</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klasszikus pilulasodró tremor,</li> <li>- Klinikailag szignifikáns polineuropátia,</li> <li>- Nem gyógyszer-indukálta hallucinációk,</li> <li>- 75 éves életkor feletti kezdet,</li> <li>- Családban előforduló ataxia vagy parkinsonizmus,</li> <li>- DSM-IV kritériumoknak megfelelő demencia,</li> <li>- Sclerosis multiplexre utaló fehérállományi léziók.</li> </ul>

**9. táblázat:** Gyógyszerindukált parkinsonizmust okozó gyógyszerek [56]

Potenciál	Hatóanyagcsoport	Hatóanyag
Nagy	Dopamin D2 receptor blokkolók	Típusos antipszichotikumok Atípusos antipszichotikumok (nagyobb dózisban)
	Dopamin depletáló	Tetrabenazine, reserpine
	DOPA szintézis gátló	Metildopa
	P-típusú kalcium csatorna blokkolók	Flunarizine, cinnarizin
Közepes	Atípusos antipszichotikumok	Ziprasidone
	Antianginás	Trimetazidine
	L-típusú kalcium csatorna blokkolók	Diltiazem, verapamil
	Antiepileptikumok	Valproát, phenytoin, levetiracetam
	Antiemetikumok	Prochlorperazine, metoclopramide, szubsztituált benzamide
	Hangulatstabilizátorok	Lítium
Alacsony	Dopamin depletálók	Deutetrabenazine, vlbenazine
	Antiaritmiás gyógyszerek	Amiodarone, procaine
	Immunszuppresszánsok	Ciclosporin, tacrolimus
	Antidepresszánsok	SSRI: fluoxetine, sertralin Triciklikusok: phenelzine MAOI: moclobemide, phenelzine
	Antibiotikumok	Cotrimoxazole
	Antivirális	Aciclovir, vidarabine, anti-HIV
	Statinok	Lovastatin
	Antifungális	Amphotericin B
	Hormonok	Levothyroxine sodium, medroxyprogesterone, epinephrine (adrenaline)

**10. táblázat:** Kivizsgálási algoritmus PK esetén [saját szerkesztés]

Vizsgálat	Elvégzése
Anamnézis, heteroanamnézis, illetve a társbetegségek feltérképezése	Kötelező
Neurológiai fizikális vizsgálat	Kötelező
Agyi képalkotó vizsgálatok: – Koponya-MRI (nagy felbontású, specifikus szekvenciákkal) – Koponya-CT (csak sürgősség esetén, vagy ha a koponya MRI kontraindikált)	Kötelező
Ioflupane (123I-FP-CIT) SPECT	Speciális esetekben
A posztzinaptikus funkciók diagnosztikájának alkalmazási területei	Speciális esetekben
Az autonóm idegrendszer funkcionális képalkotó vizsgálata	Speciális esetekben
Levodopa (apomorfin) teszt	Speciális esetekben
Transzkraniális Doppler ultrahangos vizsgálat	Speciális esetekben
Genetikai vizsgálatok	Speciális esetekben
Szaglásteszt	Speciális esetekben
Schellong-teszt	Speciális esetekben
Poliszomnográfia	Speciális esetekben
Tremor kvalitatív és kvantitatív mérése	Speciális esetekben

Vizsgálat	Elvégzése
Urodinamikai vizsgálat	Speciális esetekben
Szimpatikus bőrválasz és vérnyomás vizsgálat billenőasztalos provokációval vagy Schellong-módszer szerint	Speciális esetekben
Vastagbél tranzit ideje	Speciális esetekben
Neuropszichológiai tesztek	Speciális esetekben
Klinikai kritériumrendszer (UKPDSBB vagy MDS-PD)	Kötelező

**11. táblázat:** A fontosabb neuropszichológiai tesztek határértékei Parkinson-kórban a DSM-5 szerinti enyhe és major neurokognitív zavar szűréséhez [67]

Teszt/Iskolázottság (év)	Enyhe neurokognitív zavar Parkinson-kórban (DSM-5)			Súlyos neurokognitív zavar Parkinson-kórban (DSM-5)			
	Határérték	Szenzitivitás	Specifititás	Határérték	Szenzitivitás	Specifititás	
ACE-I	0-8	84,50	0,862	0,571	74,50	0,821	0,744
	9-12	86,50	0,850	0,614	76,50	0,848	0,773
	>12	90,50	0,847	0,626	80,50	0,903	0,927
ACE-III	0-8	83,50	0,931	0,643	70,50	0,805	0,907
	9-12	85,50	0,805	0,786	77,50	0,909	0,740
	>12	88,50	0,765	0,744	78,50	0,957	0,927
Mini-ACE	0-8	23,50	0,793	0,714	17,50	0,718	0,791
	9-12	24,50	0,850	0,514	20,50	0,833	0,747
	>12	25,50	0,718	0,798	21,50	0,907	0,917
MMSE	0-8	26,50	0,414	0,857	25,50	0,744	0,860
	9-12	27,50	0,575	0,743	26,50	0,803	0,780
	>12	28,50	0,612	0,714	27,50	0,814	0,809
MoCA (7,3 verzió)	0-8	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5
	9-12	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5
	>12	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5

Rövidítések: ACE= Addenbrooke Kognitív Vizsgálat; ACE-III= Addenbrooke Kognitív Vizsgálat III. verzió; Mini-ACE = Mini – Addenbrooke Kognitív Vizsgálat; MMSE= Mini-Mentál Státusz Vizsgálat; MOCA= Montreal Kognitív Felmérés.

**12. táblázat:** Parkinson-kór gyógyszeres kezelési lehetőségei [saját szerkesztés]

Besorolás	Hatóanyag	Magyarországon támogatottan elérhető?	Korai PK	Komplikált PK
Antikolinerg	biperiden	+	+	+
	procyclidin	+	+	+
	trihexyphenydidil	-	+	+
MAO-B gátló	selegiline	-	+	+
	rasagiline	+	+	+
MAO-B gátló és csatorna-blokkoló	safinamide*	+	-	+
NMDA-R antagonist	amantadin	+	+	+

Besorolás	Hatóanyag	Magyarországon támogatottan elérhető?	Korai PK	Komplikált PK
Dopamin agonista	ropinirol	+	+	+
	pramipexol	+	+	+
	rotigotin	+	+	+
	apomorphin	+	-	+
COMT-gátló	entacapone	+	-	+
	tolcapone**	-	-	+**
	opicapone	-	-	+
Levodopa + DDC	levodopa/benserazide	+	+	+
	levodopa/carbidopa	-	+	+
Levodopa + DDC + COMT-gátló	levodopa/carbidopa/entacapone	+	-	+
Intesztinális levodopa	levodopa/carbidopa (LCIG)	+	-	+
	levodopa/entacapone/carbidopa (LECIG)	-	-	+

+ jelentése: elérhető (2022. szeptemberi állapot) vagy ajánlott

- jelentése: nem elérhető TB finanszírozással vagy nem ajánlott

\* safinamide MAO-B gátlás hatás mellett nátriumcsatorna-blokkoló hatással is rendelkezik

\*\* csak másodvonalbeli kezelésként használható

### 13. táblázat: Rasagiline alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
rasagiline	- Parkinson-kór: monoterápiában (levodopa-kezelés nélkül) vagy adjuváns kezelésként (levodopa-kezelés mellett) a dózis-végi („end-of-dose”) fluktuációkat mutató betegeknél	- ajánlott adagja naponta egyszer 1 mg

### 14. táblázat: A safinamide alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
safinamide	- Parkinson-kórban szenvedő felnőtt betegek számára önmagában vagy egyéb PD gyógyszerrel együtt alkalmazott stabil dózisével levodopa (L-DOPA) kiegészítő kezelésekként javasolt, a középső-késői szakaszban fluktuációkat mutató betegeknél.	- napi 50 mg-os adaggal kell elkezdni - az egyéni klinikai szükséglet függvényében ez az adag napi 100 mg-ra növelhető

**15. táblázat:** Az antikolinerg gyógyszerek alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
Procyclidin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór</li> <li>- parkinsonos nyálfolyás, izzadás</li> <li>- neuroleptikum által előidézett extrapiramidális tünetek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- szokásos kezdő adag 2,5 mg prociklidin naponta 3-szor, ami napi 2,5–5 mg-mal emelhető 2-3 naponként</li> <li>- hatásos fenntartó adag általában 10-30 mg prociklidin/nap</li> <li>- maximális adag: 60 mg/nap</li> </ul>
Biperiden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór</li> <li>- parkinsonos nyálfolyás, izzadás</li> <li>- neuroleptikum által előidézett extrapiramidális tünetek</li> <li>- nikotinmérgezés</li> <li>- szerves foszforvegyületek okozta mérgezés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- kezdetben napi 2-szer 1 mg (2 x 1/2 tablettá) adható</li> <li>- az adag naponta mintegy 2 mg-mal növelhető</li> <li>- fenntartó adag 3-4x1/2-2 tablettá</li> <li>- maximális adag: 16 mg/nap</li> </ul>

**16. táblázat:** Antikolinerg Rizikó Skála és a fontosabb gyógyszerek antikolinerg potenciáljának felmérése [74]

3 pont	2 pont	1 pont
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Amitriptyline hydrochloride</li> <li>· Atropine products</li> <li>· Benztropine mesylate</li> <li>· Carisoprodol</li> <li>· Chlorpheniramine maleate</li> <li>· Chlorpromazine</li> <li>· Cyproheptadine hydrochloride</li> <li>· Dicyclomine hydrochloride</li> <li>· Diphenhydramine hydrochloride</li> <li>· Fluphenazine hydrochloride</li> <li>· Hydroxyzinehydrochloride</li> <li>· Hydroxyzine pamoate</li> <li>· Hyoscyamine products</li> <li>· Imipramine hydrochloride</li> <li>· Meclizine hydrochloride</li> <li>· Oxybutynin chloride</li> <li>· Perphenazine</li> <li>· Promethazine hydrochloride</li> <li>· Thioridazine hydrochloride</li> <li>· Thiothixene</li> <li>· Tizanidine hydrochloride</li> <li>· Trifluoperazine hydrochloride</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Amantadine hydrochloride</li> <li>· Baclofen</li> <li>· Cetirizine hydrochloride</li> <li>· Cimetidine</li> <li>· Clozapine</li> <li>· Cyclobenzaprine hydrochloride</li> <li>· Desipramine hydrochloride</li> <li>· Loperamide hydrochloride</li> <li>· Loratadine</li> <li>· Nortriptyline hydrochloride</li> <li>· Olanzapine</li> <li>· Prochlorperazine maleate</li> <li>· Pseudoephedrine hydrochloride-</li> <li>· Triprolidine hydrochloride</li> <li>· Tolterodine tartrate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Carbidopa-levodopa</li> <li>· Entacapone</li> <li>· Haloperidol</li> <li>· Methocarbamol</li> <li>· Metoclopramide hydrochloride</li> <li>· Mirtazapine</li> <li>· Paroxetine hydrochloride</li> <li>· Pramipexole dihydrochloride</li> <li>· Quetiapine fumarate</li> <li>· Ranitidine hydrochloride</li> <li>· Risperidone</li> <li>· Selegiline hydrochloride</li> <li>· Trazodone hydrochloride</li> <li>· Ziprasidone hydrochlorid</li> </ul>

*Magyarázat: A nagyobb pontszám, nagyobb antikolinerg hatást jelent. Az antikolinerg rizikó skála pontszámának kiszámításához az adott beteg esetében azonosítsa a beteg által szedett gyógyszereket, és adja össze az egyes gyógyszerek összpontszámát [74].*

**17. táblázat:** Az amantadin alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
amantadin-szulfát	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór</li> <li>- neuroleptikumok által előidézett extrapiramidális tünetek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- az első 4-7 napban napi egy 100 mg tablettát, ezután hetente egy tablettával lehet növelni a napi adagot</li> <li>- hatásos fenntartó adag általában naponta kétszer 1-3 db 100 mg tablettát</li> <li>- maximális adag: 600 mg/nap</li> <li>- „napi utolsó adagot nem szabad délután 4 óra után bevenni”</li> </ul>
amantadin-hidroklorid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór</li> <li>- Parkinson szindrómák egy része (például szén-monoxid mérgezés, posztkommissziós)</li> <li>- neuroleptikumok által előidézett parkinsonizmus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- az első héten 100 mg naponta, majd növelendő napi 2x100 mg-ra</li> <li>- az adag csak lépcsőzetesen, legalább 1 hetes időközökkel emelhető.</li> <li>- maximális adag: 400 mg/nap</li> </ul>

**18. táblázat:** A ropinirol alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
rövid hatású ropinirol	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór</li> <li>- Kezdeti kezelés monoterápiában, a levodopa terápia megkezdésének késleltetése érdekében.</li> <li>- Levodopával kombinációban a betegség folyamán, amikor a levodopa hatása csökken vagy nem egyenletes, és a terápiás hatás ingadozása következik be</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- a kezdő adag naponta 3-szor 0,25 mg egy héten</li> <li>- 2. héten 3x0,5 mg</li> <li>- 3. héten 3x0,75 mg</li> <li>- 4. héten 3x1 mg</li> <li>- ezt követően az adag hetente emelhető, naponta 3-szor 0,5 mg-mal</li> <li>- Terápiás hatás 3-9 mg/nap közötti adagok alkalmazása esetén várható</li> <li>- Maximális adag: 24 mg/nap</li> </ul>
hosszú hatású ropinirol	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór</li> <li>- Kezdeti kezelés monoterápiában, a levodopa terápia megkezdésének késleltetése érdekében.</li> <li>- Levodopával kombinációban a betegség folyamán, amikor a levodopa hatása csökken vagy nem egyenletes, és a terápiás hatás ingadozása következik be („end-of-dose” vagy „ON-OFF” fluktuációk).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- javasolt kezdő dózisa 2 mg naponta egyszer, az első héten.</li> <li>- a napi adag hetenként vagy hosszabb időközönként naponta egyszer 2 mg-mal emelhető</li> <li>- Terápiás válasza a napi egyszeri 4 mg adagnál lehet számítani.</li> <li>- Maximális adag: 24 mg/nap</li> </ul>



**19. táblázat:** A pramipexol alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
rövid hatású pramipexol	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór okozta panaszainak és tüneteinek kezelésére javasolt, önmagában (levodopa nélkül) vagy levodopával kombinációban</li> <li>- közepesen súlyos vagy súlyos idiopátiás nyugtalan láb szindrómában szenvedő felnőtt betegek tüneti kezelésére javallott, 0,54 mg bázist (0,75 mg só) meg nem haladó adagban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- a pramipexol kezdő adagja 3x0,088 mg</li> <li>- az adag hetente emelhető</li> <li>- 2. héten 3x0,18 mg</li> <li>- 3. héten 3x0,35 mg</li> <li>- Terápiás hatás 1,05 mg/nap feletti adagok alkalmazása esetén várható</li> <li>- Maximális adag: 3,3 mg bázis (illetve 4,5 mg só)</li> </ul>
hosszú hatású pramipexol	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór okozta panaszainak és tüneteinek kezelésére javallott, önmagában (levodopa nélkül) vagy levodopával kombinációban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- kezdő adagja 0,26 mg bázis (0,375 mg só) naponta, ezt fokozatosan 5-7 napos időközönként kell növelni</li> <li>- 2. héten 1x0,52 mg</li> <li>- 3. héten 1x1,05 mg</li> <li>- Maximális adag: 3,15 mg bázis</li> </ul>

**20. táblázat:** A rotigotin alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
rotigotin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kór okozta panaszainak és tüneteinek kezelésére javallott, önmagában (levodopa nélkül) vagy levodopával kombinációban</li> <li>- közepesen súlyos vagy súlyos idiopátiás nyugtalan láb szindrómában szenvedő felnőtt betegek tüneti kezelésére</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- napi egyszeri 2 mg/24 óra adaggal kell kezdeni,</li> <li>- majd heti 2 mg/24 óra dózisémeléssel a hatásos dózísig emelni</li> <li>- Maximális adag: 8 mg/24 óra (korai PK) és 16 mg/24 óra (szövődményes PK)</li> </ul>

**21. táblázat:** Az apomorfin alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
apomorfin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinson-kórban szenvedő betegeknél a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerrel nem kielégítően kontrollált motoros hullámzások („ON-OFF” jelenségek) kezelése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuális dozírozás</li> <li>- kezdő adag 1 mg apomorfin-hidroklorid-hemihidrát (0,1 ml) injekció adható be szubkután</li> <li>- napi dózisa betegenként eltérő, jellemzően a 3-tól 30 mg-os tartományban van, amit 1 és 10 közötti alkalommal, esetenként akár napi 12 különálló injekció formájában adnak be</li> </ul>

**22. táblázat:** Az levodopa/benserazide alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
Levodopa/ benserazide (standard tabletta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Idiopátiás és posztenkefalitiszes parkinsonizmus. Előzetes idegsebészeti beavatkozás nem képez ellenjavallatot.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– ajánlott kezdő dózis napi 3-4 alkalommal egy negyed LB 200 mg/50 mg tablettával</li> <li>– A napi dózist ezután hetente egyszer vagy kétszer egy fél 200 mg/50 mg-os tablettával kell emelni, amíg a teljes terápiás hatást el nem éri, vagy amíg mellékhatások nem jelentkeznek</li> <li>– Idős betegeknél elég lehet a kezelést napi egyszer vagy kétszer egy negyed 200 mg/50 mg-os tablettával kezdeni és a dózist három vagy négy naponként egy fél tablettával emelni.</li> <li>– A hatásos adag általában kettő-négy 200 mg/50 mg-os tablettával naponta, osztott adagokban</li> </ul>
Levodopa/ benserazide (diszpergálódó tabletta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Idiopátiás és posztenkefalitiszes parkinsonizmus.</li> <li>– diszpergálódó tablettával különösen azoknak a betegeknél ajánlott, akik diszfágiában (nyelési zavarban) szenvednek, vagy amikor a hatás gyors kialakulására van szükség, például kora reggeli vagy délutáni akinézia esetén, vagy ha a lassan kialakuló aktív mozgás („delayed on”) vagy a szokásos adag hatásának elvesztése („wearing off”) áll az előtérben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– ajánlott kezdő dózis napi 3-4 alkalommal 50 mg levodopa/12,5 mg benserazide</li> <li>– a napi dózist ezután hetente egyszer vagy kétszer egy 100 mg/25 mg-os diszpergálódó tablettával kell emelni, amíg a teljes terápiás hatást el nem éri, vagy amíg mellékhatások nem jelentkeznek.</li> <li>– hatásos adag általában négy-nyolc 100 mg/25 mg-os diszpergálódó tablettával naponta</li> <li>– Ritkán van szükség több mint tíz 100 mg/25 mg-os diszpergálódó tablettával naponta</li> </ul>
Levodopa/ benserazide (hosszú hatású kapszula)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A Parkinson-kór bármelyik stádiuma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– ajánlott kezdő adag naponta 3-szor egy kapszula</li> <li>– LB retard kemény kapszulából nagyobb adagok szükségesek, mint a standard levodopa és dekarboxiláz-gátló kombinációkból, mert a biológiai hasznosulása kisebb.</li> </ul>

**23. táblázat:** Farmakokinetikai különbségek a különböző levodopa/benserazide formulák között [saját szerkesztés]

Típus	Jellemző (LB készítmény alkalmazási előirata alapján)
Standard	A levodopa maximális plazmakoncentrációja körülbelül egy órával a LB beadása után alakul ki. A standard LB-ből származó levodopa abszolút biológiai hasznosulása körülbelül 98%. A levodopa maximális plazmakoncentrációja és a felszívódás mértéke (AUC) a dózissal arányosan nő (50-200 mg levodopa). A levodopa csúcs-plazmakoncentrációja 30%-kal alacsonyabb és később jelentkezik, ha a LB-t standard étkezés után adják. A táplálék általában 15%-kal csökkenti a levodopa felszívódásának mértékét, de ez változó lehet.
Vízoldékony	LB diszpergálódó tablettá adása után a levodopa farmakokinetikai profilja nagyban hasonlít a standard LB adását követően tapasztalathoz, de a csúcskoncentráció eléréséhez szükséges idő rövidebb a LB diszpergálódó tablettá alkalmazása után.
Retard	A LB retard kemény kapszulából a hatóanyag lassan szabadulnak fel a gyomorban, a maximális levodopa plazmakoncentráció 20-30%-kal alacsonyabb, mint a standard gyógyszerformákkal elérhető koncentráció, és körülbelül 3 órával a bevétel után alakul ki. A LB retard kemény kapszula biohasznosulása a standard LB-ének körülbelül 50-70%-a, és ezt az étkezés nem befolyásolja. A maximális levodopa plazmakoncentrációt az étkezés nem befolyásolja, de később jelenik meg (öt óra) étkezés után beadva. Ha a LB retard kemény kapszulát együtt adják antaciddal, a levodopa felszívódása 32%-kal csökken.

**24. táblázat:** Az entecapone kezelés [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
entecapone	– Parkinson-kóros felnőtt betegek kezelésére, valamint a levodopa/dopa-dekarboxiláz (DDC) -gátló kombinációs kezelésre nem stabilizálódó dózis-végi (end-of-dose) motoros fluktuációkra javallt	– individuális dozírozás – napi optimális dózist minden egyes beteg esetében a levodopa gondos titrálásával kell meghatározni. a LCE kombinációban a napi dózist lehetőség szerint a hét rendelkezésre álló hatáserősség alkalmazásával kell optimalizálni – maximális dózis 2000 mg entecapone/nap

**25. táblázat:** Az opicapone kezelés [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
opicapone	– Az opicapone adjuváns kezelésre javasolt a levodopa/DOPA dekarboxiláz (DDC) gátlókat tartalmazó készítmények mellett a Parkinson-kóros és az említett kombinációkra nem stabilizálódó dózis-végi (end-of-dose) motoros fluktuációkat mutató betegeknél	– 1x50 mg – maximális dózis 50 mg/nap

**26. táblázat:** A legfontosabb motoros és nem-motoros tünetek, amelyek a nem megfelelően kontrollált Parkinson-kór gyanúját vethetik fel (fontossági sorrendben) [80]

Motor	Nem-motoros
1. A motoros ingadozások zavaró mértékűek 2. Napi két óra „OFF” tünetekkel. 3. Napi legalább 1 óra zavaró diszkinéziával 4. Motoros szövődmények jelenléte 5. Naponta 5 vagy ennél több szájon át szedett levodopa adagok	1a. Problémás hallucinációk/pszichózis 1b. Nem-motoros tünetek ingadozása 2a. Impulzuskontroll-zavar 2b. Az éjszakai alvászavarok aggasztó szintje 3a. Súlyos fokú depresszió 3b. Problémás nappali elalvási kényszer

**27. táblázat:** A motoros komplikációk pragmatikus megközelítése [80]

Kérdések a betegeknek	Ha a válasz NEM: Lehetséges probléma	Lehetséges megoldások
Eléggé jól kontrolláltak a tünetei?	Elégtelen hatás	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A dopamin agonista adagjának növelése</li> <li>· Az egyéni levodopa adagok növelése</li> <li>· Monoterápia → kombináció (például L-DOPA+DA vagy L-DOPA+MAO-B gátló)</li> <li>· Kombináció → Újabb hatóanyaggal kiegészítés, de ez a mellékhatások rizikó növelésével járhat</li> </ul>
Amikor reggel felébred, elfogadható a mozgása? Ha nem, mennyi időbe telik, amíg a gyógyszer elkezd hatni?	Problémás reggeli „OFF” idő	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A reggeli levodopát közvetlenül ébredés után vegye be.</li> <li>· Növelje a dopamin-agonista adagját (használjon többet este).</li> <li>· Este lefekvéskor DA vagy retard L-DOPA készítményt használjon</li> <li>· Ha a reggeli levodopa adag kevésbé hatékony a többi adaghoz képest – növelje ezt az egyedi adagot.</li> </ul>
Amikor a gyógyszer elkezd hatni, a hatás a következő adagig kitart-e? Ha nem, mennyi ideig jelentkeznek a tünetek?	Wearing off (motoros vagy nem-motoros tünetek)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· DA hozzáadása</li> <li>· Növelje a dopamin agonista adagját</li> <li>· Gyakoribb levodopa adagok felírása</li> <li>· COMT-gátló hozzáadása</li> <li>· MAO-B gátló hozzáadása</li> <li>· Safinamide hozzáadása</li> <li>· Amantadin hozzáadása</li> <li>· Speciális esetben antikolinergikum hozzáadása</li> </ul>
Egyes adagok hatása csak sokára alakul ki, vagy egyáltalán nem tapasztalja a hatását?	Delayed ON vagy No ON	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A levodopa alkalmazását mindig legalább 60 perccel étkezés előtt vagy után.</li> <li>· Prokinetikumok (például domperidon) felírása.</li> <li>· Helicobacter pylori és/vagy vékonybél baktériumok túlszaporodása szindróma kizárása.</li> </ul>

Kérdések a betegek	Ha a válasz NEM: Lehetséges probléma	Lehetséges megoldások
Vannak túlzott önkéntelen mozdulatai, amikor a gyógyszer hatása alatt áll?	Diszkinézia	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A levodopa alacsonyabb dózisban és gyakrabban történő felírása.</li> <li>· Amantadin hozzáadása</li> <li>· Levodopa részleges helyettesítése dopamin agonistával</li> <li>· MAO-B és vagy COMT-gátló csökkentése / elhagyása</li> </ul>
Elfogadható az éjszakai mozgékonyága?	Problémás éjszakai „OFF”	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Azonnali felszabadulású levodopa felírása az éjszakai ébredésekhez</li> <li>· Növelje a dopamin agonistát (többet használjon este)</li> <li>· Retard levodopa vagy LCE használata/ emelése este lefekvéskor</li> </ul>

**28. táblázat:** Eszközös kezelések összehasonlítása előrehaladott Parkinson-kórban [80]

Jellemzők	Apomorfin	Mély agyi stimuláció (DBS)	Levodopa-carbidopa bégél (LCIG)
Fiatalabb életkor (<70 év)	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Idősebb kor (>70 év)	Valószínűleg alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Jó levodopa-válasz	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Határozottan alkalmas
Levodopa-rezisztens remegés	Nem alkalmas	Határozottan alkalmas	Nem alkalmas
Problémás diszkinézia	Lehetséges, hogy alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Jó kognitív funkciók	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas	Valószínűleg alkalmas
Éjszakai alvászavarok	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Fájdalom	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Impulzuskontroll-zavar	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Súlyos depresszió	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Súlyos apátia	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Súlyos szorongás	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Enyhe demencia	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Multimorbiditás	Lehetséges, hogy alkalmas/Nem alkalmas	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas/Nem alkalmas
Támogatás/gondozó hiánya	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Nem alkalmas
Túlzott nappali aluszékonyág	Nem alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas	Lehetséges, hogy alkalmas
Diszfágia	Valószínűleg alkalmas	Nem alkalmas	Valószínűleg alkalmas

**29. táblázat:** Az LCIG kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
DUODOPA (levodopa / carbidopa) 20 mg/ml + 5 mg/ml intesztinális gél	– Levodopára reagáló, súlyos motoros fluktuációval és hiperkinéziával vagy diszkinéziával járó, előrehaladott Parkinson-kór olyan esetei, amikor az antiparkinson szerek rendelkezésre álló gyógyszer-kombinációi nem hoznak kielégítő eredményt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális</li> <li>– A reggeli bólus adagot pumpával adagolják a gyors (10-30 perc alatti) terápiás dózisszint elérése céljából. Az adagot a beteg előző napi reggeli levodopa bevitele alapján + szonda holtterét feltöltő gél mennyisége alapján kell kiszámítani. A reggeli összdózis általában 5-10 ml; ez 100-200 mg levodopának felel meg</li> <li>– A folyamatos fenntartó dózis 2 mg/óra (0,1 ml/óra) lépésekben állítható be. Az adagot a beteg előző napi levodopa bevitele alapján kell kiszámítani.</li> <li>– Az ajánlott maximális napi adag 200 ml. Kivételes esetekben ennél nagyobb adagra is szükség lehet.</li> <li>– A kezelés általában a beteg ébrenléte alatt történik. Amennyiben ez orvosi szempontból indokolt, akár 24 órán keresztül is alkalmazható.</li> </ul>

**30. táblázat:** A LECIG kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]

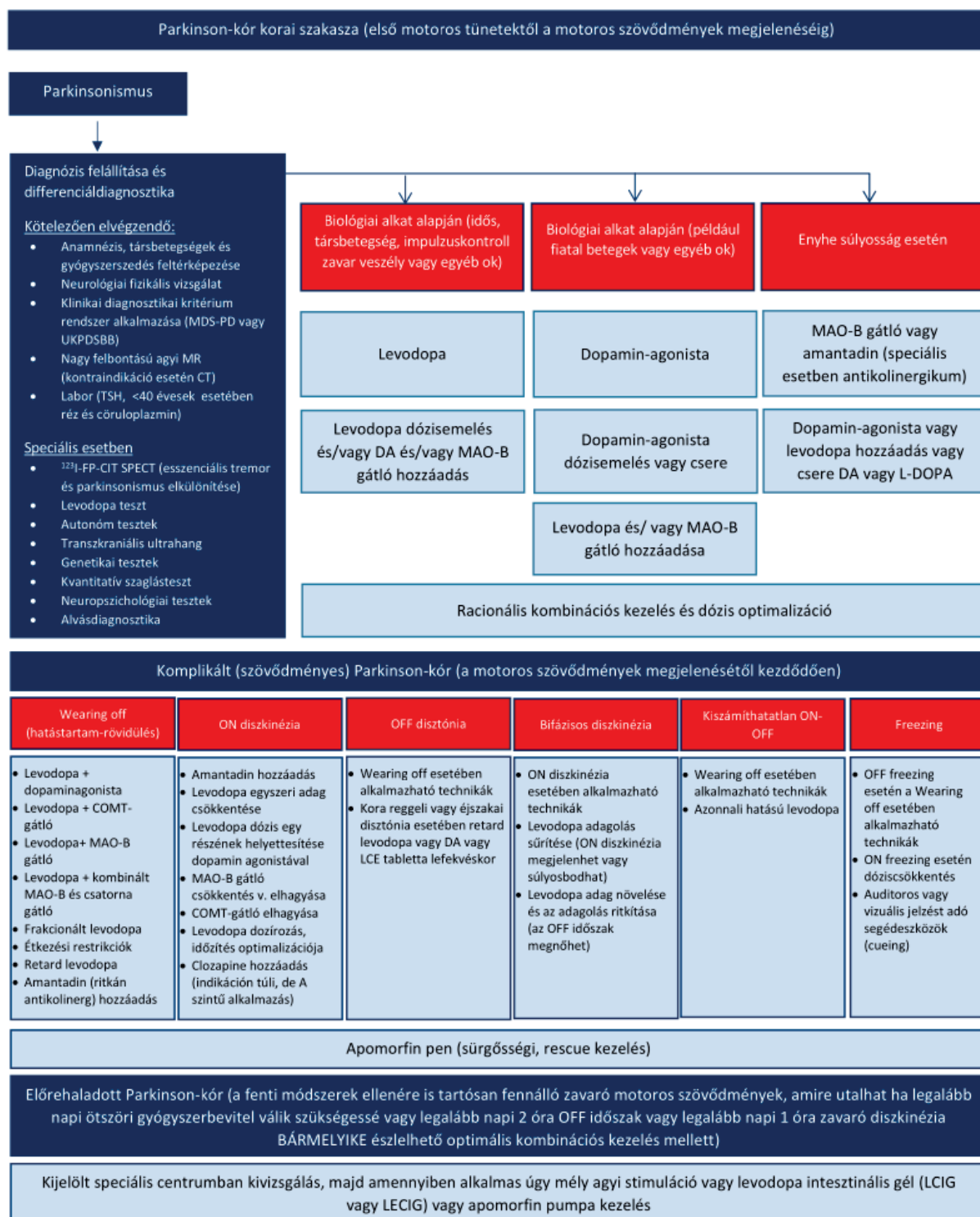
Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
LECIG (levodopa / entacapone / carbidopa) 20 mg/ml + 5 mg/ml + 20 mg/ml intesztinális gél	– Súlyos motoros fluktuációval és hiperkinéziával vagy diszkinéziával járó, előrehaladott Parkinson-kór olyan esetei, amikor az orális antiparkinson szerek rendelkezésre álló gyógyszer-kombinációi nem hoznak kielégítő eredményt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális</li> <li>– A reggeli bólus adagot pumpával adagolják a gyors (10-30 perc alatti) terápiás dózisszint elérése céljából. A reggeli összdózis általában 5-10 ml; ez 100-200 mg levodopának felel meg</li> <li>– A folyamatos fenntartó adag 2 mg/óra (0,1 ml/óra) lépés fokban állítható be.</li> <li>– A folyamatos fenntartó dózis általában 0,7-5,0 ml/óra (15-100 mg levodopa/óra).</li> <li>– Az ajánlott maximális napi adag 100 ml (2000 mg levodopa).</li> <li>– A kezelés általában a beteg ébrenléte alatt történik. Amennyiben ez orvosi szempontból indokolt, akár 24 órán keresztül is alkalmazható.</li> </ul>

**31. táblázat:** A apomorfin pumpa kezelés alkalmazása [saját szerkesztés]

Hatóanyag	Indikációk (alkalmazási előirat alapján)	Dózis (alkalmazási előirat alapján)
apomorfin	– Parkinson-kórban szenvedő betegeknél a szájon át alkalmazott Parkinson elleni szerrel nem kielégítően kontrollált motoros hullámzások („ON-OFF” jelenségek) kezelése	<ul style="list-style-type: none"> <li>– individuális dozírozás</li> <li>– kezdő adag 1 mg apomorfin-hidroklorid-hemihidrát (0,1 ml) injekció adható be szubkután</li> <li>– napi dózisa betegenként eltérő, jellemzően a 3-tól 30 mg-os tartományban van, amit 1 és 10 közötti alkalommal, esetenként akár napi 12 különálló injekció formájában adnak be</li> </ul>

## 1.4. Algoritmusok

### 1. ábra: A Parkinson-kór kezelési algoritmusja [saját szerkesztés]



## 1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készült.

## **A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az alkohol által okozott mentális zavarokról**

<b>Típusa:</b>	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
<b>Azonosító:</b>	002287
<b>Érvényesség időtartama:</b>	megjelenést követő 3 évig

### **I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK**

#### **Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

##### **1. AddiktológiaTagozat**

Dr. Szemelyácz János, pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, elnök, társszerző

##### **2. PszichiátriaTagozat**

Dr. Réthelyi János, pszichiáter, elnök, társszerző

##### **3. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**

Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök, társszerző

#### **Fejlesztő munkacsoport tagjai:**

Prof. Dr. Kéri Szabolcs, pszichiáter, pszichoterapeuta, társszerző

Gajdics Janka, pszichológus, társszerző

Dr. Lázár Bence András, pszichiáter, társszerző

Dr. Kis Gabriella, pszichiáter, társszerző

Dr. Kapitány-Fövény Máté, klinikai pszichológus, társszerző

Kiss Anna, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Farkas Judit, klinikai pszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Köves Cecília, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Fodor Kinga, pszichológus, társszerző

Bátai Domonkos, pszichológus, társszerző

Prof. Dr. Kelemen Gábor, pszichiáter, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző

Prof. Dr. Kurimay Tamás, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző

Dr. Andó Bálint, klinikai szakpszichológus, társszerző

Dr. Petke Zsolt, pszichiáter, társszerző

Dr. Szily Erika, pszichiáter, társszerző

Dr. Mátyássy Adrienn, pszichiáter, pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, társszerző

Prof. Dr. Rácz József, pszichiáter, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Trábert Attila, pszichiáter, társszerző

#### **Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

##### **1. Ápolási, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat**

Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, elnök, véleményező

##### **2. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Ttagozat**

Dr. Bedros J. Róbert, belgyógyász, reumatológus, foglalkozás-egészségügyi szakorvos, elnök, véleményező

##### **3. Dietetika, humán táplálkozás Tagozat**

Gubicskóné Dr. Kisbenedek Andrea, dietetikus, élelmiszer-minőségbiztosító, agrármérnök, elnök, véleményező

##### **4. Gasztroenterológia és hepatológia Tagozat**

Prof. Dr. Wittmann Tibor, gasztroenterológus, belgyógyász elnök, véleményező

##### **5. Geriátria és krónikus ellátás Tagozat**

Dr. Zöllei Magdolna, belgyógyász és geriáter szakorvos, elnök, véleményező

##### **6. Háziiorvostan Tagozat**

Dr. Szabó János, háziiorvos, elnök, véleményező



**7. Neurológia Tagozat**

Dr. Óváry Csaba, neurológus, elnök, véleményező

**8. Oxyológia-sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat**

Dr. Varga Csaba, oxyológus aneszteziológus intenzív terápiás, addiktológus és sürgősségi orvostan 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:**

1. Addiktológiai Konzultánsok Országos Egyesülete

**Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:**

1. Magyar Addiktológiai Társaság

2. Magyar Pszichiátriai Társaság

3. Magyar Pszichológiai Társaság

**Független szakértő(k):**

Nem kerültek bevonásra.

**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**

<b>Egészségügyi kérdéskör:</b>	az alkohol okozta dependenciával kapcsolatos zavarok, alkoholhasználati zavar, alkohol okozta megvonási szindróma
<b>Ellátási folyamat szakasza(i):</b>	diagnosztika, állapotfelmérés, kezelés
<b>Érintett ellátottak köre:</b>	alkoholhasználati zavarral küzdő felnőttek
<b>Érintett ellátók köre:</b>	
<b>Szakterület:</b>	0100 belgyógyászat 0900 neurológia 1800 pszichiátria 1801 addiktológia 1805 pszichoterápia 4602 sürgősségi ellátás 6301 háziorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia
<b>Ellátási forma:</b>	A1 alapellátás, alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás

	J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás
	J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás
	F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás
	F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás
	F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás
<b>Progresszivitási szint:</b>	I–II–III. szint
<b>Egyéb specifikáció:</b>	megfelelő működési engedéllyel, megfelelően képzett szakszeméllyel rendelkező ellátóhelyek. Az addiktológiai/alkohológiai ambulanciákon (például: TÁMASZ Gondozók) és addiktológiai osztályokon kívül közvetve a toxikológiai ellátás területe említhető meg.

#### IV. MEGHATÁROZÁSOK

##### 1. Fogalmak

**Alkohol okozta dependencia:** a BNO klasszifikációs rendszerben az alkoholhasználat zavarának megfelelő diagnosztikai kritériummal rendelkező kórkép.

**Alkohol okozta megvonási szindróma:** az alkohol okozta dependenciában szenvedő páciensek esetén kialakuló neuropszichiátriai és belszervi tünetekkel járó kórállapot, mely a hosszantartó alkoholfogyasztás csökkentése vagy abbahagyása következtében lép fel.

**Alkohol okozta pszichotikus zavarok:** az alkoholhasználat-, vagy megvonás talaján kialakuló pszichotikus (hallucináció, delúzió, dezorganizáció) tünetképződéssel járó kórkép.

**Alkoholhasználati zavar:** a DSM 5 diagnosztikai rendszerében az alkoholfogyasztás problematikus mintázatleíró fogalom az elmúlt 12 hónapra vonatkozólag. Alkoholhasználati zavar esetében klinikailag jelentős károsodás vagy distressz jelentkezik, ami mind testi, mind pszichés, mind az életvitelt érintő aspektusok szempontjából enyhe, közepes vagy súlyos fokúnak tekinthető a fennálló tünettérkép függvényében.

**Antiepileptikum:** heterogén gyógyszer csoport, melyek elsősorban az epilepsziás rohamok megelőzésében játszanak szerepet, ugyanakkor egyes típusaik fázisprofilaktikus hatással, más típusaik a GABA rendszerre kifejtett jótékony hatásuk miatt anxiolitikus és az alkoholhasználat zavarának szempontjából pozitív hatással bírnak.

**Antipszichotikum:** a pszichotikus tünetek enyhítésére, a szkizofrénia és a bipoláris affektív zavar fenntartó terápiájaként alkalmazott gyógyszerek.

**Benzodiazepin:** GABA-A receptor agonista gyógyszerek, melyek anxiolitikus és antiepileptikus hatással bírnak.

**Delirium tremens:** súlyos alkoholmegvonásos tünetegyüttes, mely az esetek jelentős részében intenzív ellátást indokolhat, életveszélyes állapotnak tekinthető. Krónikus alkoholfogyasztás esetében az alkoholbevitel jelentős csökkentésével vagy elhagyásával alakul ki, lefolyását pszichés, vegetatív idegrendszeri és szomatikus tünetek kísérik.

**Kognitív-viselkedés terápia (CBT):** időhatáros, tudományos bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás módszer, mely a páciens diszfunkcionális hiedelmeinek, gondolkodásának és viselkedésének módosításával a hangulat és magatartás kedvező változását éri el.

**Korszakoff-szindróma:** az alkohol okozta dependencia hosszú távú következményeként kialakuló, tiamin- (B1-vitamin-) hiány okozta neuropszichiátriai kórkép, mely krónikus és irreverzibilis, tünettaniilag anterográdnak, retrográd amnéziával, dezorientációval és konfabulációval jellemezhető.

**Megvonásos konvulzív roszullét:** az alkohol okozta megvonási szindróma talaján kialakuló provokált, egyszeri epileptiform roszullét.

**Minnesota Modell:** a beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el (reális betegségbelátás), amely nem gyógyul meg, de abból felépülés lehetséges. A kezelés célja a teljes absztinencia elérése és fenntartása. A kezelés során fontos szerepet kap a multiprofessionális szemlélet, az önszorgító csoportok felépülési programja, a csoportterápia, valamint a tapasztalati szakértők terápiás munkába való bevonása.

**Pszichoedukáció:** a páciensnek és családtagjainak szakszerű, de közérthető felvilágosítása a betegség lényegéről (többek között a korai figyelmeztető tünetekről és azok folyamatos monitorozásának szükségességéről), a betegség kezelés nélküli lefolyásáról, a terápiás alternatívákról, a terápiák esetleges mellékhatásairól.

**Wernicke-enkefalopátia:** az alkohol okozta dependencia hosszú távú következményeként kialakuló, tiamin- (B1-vitamin-) hiány okozta neuropszichiátriai kórkép, mely akután jelentkezik, reverzibilis és tünettaniilag ataxiával, szemmozgászavarral és a kognitív funkciók érintettségével jár.

## 2. Rövidítések

<b>AA:</b>	Anonim/Névtelen Alkoholisták
<b>AD:</b>	alkohol okozta dependencia
<b>AHZ:</b>	alkoholhasználati zavar
<b>AMS:</b>	Alkohol Megvonási Skála
<b>AMSZ:</b>	alkohol okozta megvonási szindróma
<b>AUDIT:</b>	Alcohol Use Disorder Identification Test (Alkohol Használat Zavararainak Szűrőtesztje)
<b>BDZ:</b>	Benzodiazepin
<b>BNO:</b>	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
<b>CBT:</b>	cognitive behavioural therapy (kognitív-viselkedés terápia)
<b>DSM:</b>	a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
<b>DT:</b>	delírium tremens
<b>KSZ:</b>	Korszakoff-szindróma
<b>MAT:</b>	Magyar Addiktológiai Társaság
<b>mKR:</b>	megvonásos konvulzív rosszullét
<b>NICE:</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>NNGYK:</b>	Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
<b>RASS:</b>	Richmond Agitáció-Szedáció Skála
<b>SAMHSA:</b>	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
<b>SIGN:</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>WE:</b>	Wernicke-enkefalopátia
<b>WHO:</b>	Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

## 3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintjét a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) irányelvfejlesztésre vonatkozó szakmai anyaga alapján határozta meg fejlesztőcsoport. [1]

A bizonyítékok szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Bizonyítékok szintje	Magyarázat
<b>1. szint</b>	Az eredményeket több, egy irányba mutató eredményekkel rendelkező (vagyis replikált), dupla vak, randomizált, placebokontrollos vizsgálat (DB-RCT), vagy az ilyen vizsgálatok metaanalízise szolgáltatja.
<b>2. szint</b>	Az eredmény(ek) legalább egy DB-RCT-ből származik (származnak), amely(ek) placebo- vagy aktív szer-kontrollt alkalmazott (alkalmaztak).
<b>3. szint</b>	Az eredmények prospektív, nem kontrollált vizsgálatból származnak, amelybe legalább 10 személyt vontak be.
<b>4. szint</b>	Az eredmények esetismertetésből vagy szakértői véleményből („expert opinion”) származnak.

Azokon a szöveghelyeken, ahol evidenciaszintek külön nem kerültek megjelölésre, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás.

#### 4. Ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta.

Az ajánlások szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Ajánlás szintje	Ajánlás magyarázata
<b>Erős ajánlás</b>	a fejlesztő csoport megítélése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök <i>egyértelműen</i> meghaladják a hátrányokat.
<b>Feltételes ajánlás</b>	a fejlesztő csoport meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök <i>feltehetően</i> meghaladják a hátrányokat.

Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az „erős ajánlás” megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározásáról egyéb faktorok (például: az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolhatják.

*Elsőként választandó:* 1-es vagy 2-es szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

*Másodikként választandó:* 3-as vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

*Harmadikként választandó:* 4-es vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

*Nem ajánlott:* 1-es vagy 2-es szintű, a hatástalanság mellett szóló bizonyítékok állnak rendelkezésre.

## V. BEVEZETÉS

### 1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Az alkohol okozta dependencia (F.10.20.; AD) (BNO-10) avagy az alkohol dependencia (6C40.10.; AD), a DSM-5 alapján alkoholhasználat zavar (AHZ) az Egészségügyi Világszervezet 2016-ban közzétett jelentése szerint, annak pszichiátriai, neurológiai és belszervi következményeit figyelembe véve súlyos népegészségügyi problémát jelent világszerte. Magyarországon a WHO jelentése alapján közel 1 millió lakos küzd AD-vel, mely mind világ, mind európai szinten kimagaslónak tekinthető [2], ugyanakkor érdemes kiemelni a hazai prevalenciával kapcsolatos becslések jelentős variabilitását (lásd, például: a Központi Statisztikai Hivatal legutóbbi, 2022-re vonatkozó becslését, mely 1 millió helyett 413 ezer érintettet feltételezett Magyarországon [3]. Az AHZ prevalenciája 4-5-ször magasabb férfiak, mint nők körében, de a nemi különbség csökkenő tendenciát mutat [4].

Az AD az addikciók, illetve a szerhasználat zavarok egyik leggyakoribb formája. Ugyan spektrum betegségről van szó, a különböző súlyosságú állapotok kezelés nélkül krónikusan fennmaradnak, sőt gyakran az enyhe esetek súlyossá válhatnak. Függetlenül attól, hogy egy másik pszichiátriai betegség okozta másodlagos alkoholhasználat zavarról, vagy elsődlegesen addiktológiai betegségről van szó, az AD-vel diagnosztizált páciensek az egészségügyi és szociális rendszerre, a gazdaságra is nagy terhet rónak.

Az AD-vel diagnosztizált páciensek életük során nem kizárólag pszichiátriai/addiktológiai ellátó szinteken kerülnek az egészségügyi fókuszába. A súlyos relapszusok során az esetek több mint felénél jelentkezik úgynevezett alkohol okozta megvonási szindróma (F.10.30.; AMSZ) avagy alkohol megvonás (6C40.40), mely az esetek jelentős hányadában fekvőbeteg osztályos kezelést igényelnek, míg az enyhe esetek gyógyszeres intervenciót. Az AMSZ súlyosabb következményei, mint a delírium tremens (DT) vagy a megvonásos konvulzív roszullétek (mKR) letális következményekhez vezethetnek. A DT mortalitása optimális terápia ellenére is közel 5%. Az AMSZ ellátása, így a DT prevenciója sok esetben belgyógyászati, sebészeti, neurológiai osztályokon történik, míg a DT sok esetben igényel intenzív terápiás ellátást. Az AD hosszú távú következményei, mint az alkoholhasználat zavar talaján kialakult encefalopátia, a Wernicke-encefalopátia, a Korszakoff szindróma, olyan döntően szociális ellátórendszert érintő kórképek, melyek megelőzhetőek. Ugyanezen kórképek ellátása és utógondozása főképp a pszichiátriai/addiktológiai ellátórendszer feladata, az olyan neurológiai és belszervi kórképek, mint a polineuropátia, az egyes májbetegségek, a reflux betegség, az akut vérzéses gasztritisz, továbbá egyes tumoros megbetegedések a társszakmák hatókörébe tartoznak.

Az AD esetén fontos hangsúlyozni a korábbiakban már említett elsődleges – másodlagos diagnózisok szerepét. A pszichiátriai megbetegedések között a szerhasználat zavarok aránya rendkívül magas. A szakirodalomban az erre vonatkozó adatok ugyan heterogenitást mutatnak, továbbá az átfogó vizsgálatok több évtizede történtek, de a legújabb adatokat is áttekintve megállapítható, hogy az úgynevezett kettős diagnózisok („dual disorders” – szerhasználatzavar fennállása elsődleges pszichiátriai megbetegedés mellett) a mentális betegséggel küzdő páciensek minimum egy negyedénél, legfeljebb három negyedénél fennállnak. Példának okáért az egyik legsúlyosabb mentális betegségben a szkizofréniában a páciensek 60%-a AD-vel küzd. Ez az arány az egyik leggyakoribb pszichiátriai kórképek, a hangulat- és szorongásos zavarok között közel 40%. Emellett lényeges hangsúlyozni, hogy az elsődleges AD-hoz társuló pszichiátriai problémák aránya is igen magas. A hangulat- és szorongásos zavarok, az egyes demenciák, az impulzus kontroll zavarok, a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) és a személyiségzavarok aránya 10–40% között van (áttekintésért lásd [5]).

A fenti arányok ellenére az érintettek kevesebb, mint 9-17%-a részesül kezelésben, így terápiába nem kerülők aránya 90% felett jár [6]. Ehhez több tényező is hozzájárulhat: az alkoholfogyasztás társadalmi megítélése, az alapellátásban mutatkozó felkészületlenség, az addikciókhoz társuló előítéletek és megbélyegzés, illetve az AD-val küzdő egyének egy részének motiválatlansága. [7]

Mindemellett nem elhanyagolható szempont az AD gazdasági vetülete sem. Az alkoholfüggőség direkt és indirekt költségei közül európai viszonylatban az elsősorban a hospitalizációs költségekből származó összesített direkt költségek jellemzően a bruttó hazai termék (a továbbiakban GDP) 0,04-0,31%-át, míg az adott évben mért indirekt költségek országonként akár a GDP 0,64%-át is kitehetik. Az alkoholfüggőség indirekt költségei közül kiemelhetők a betegség kapcsán jelentkező munkaképtelenséghez, korai nyugdíjazáshoz és idő előtti mortalitáshoz köthető társadalmi-gazdasági költségek. [8]

Az elmúlt közel két évtizedben, a legutóbbi szakmai irányelvhez viszonyítva számos hazai és nemzetközi vizsgálat történt, melyek az AD pontosabb diagnózisához és az optimálisabb terápiás megközelítéshez segítették hozzá az egészségügyi ellátórendszert. A tudomány fejlődésével új lehetőségek nyíltak meg az AD vizsgálatára, ami főleg a genetikai és neurobiológiai kutatások térnyerésében nyilvánul meg. Például az első teljes genom asszociációs vizsgálat kimutatta, hogy az rs1729578 polimorfizmusa a PRKG1 génen moderálja a traumatikus életesemények hatását az AHZ-ral kapcsolatban. [9] A neurobiológiai vizsgálatok az alkohol agyra gyakorolt hatását helyezik középpontba. Egy vizsgálat alapján az addikciós ciklus három elkülönült szakaszból áll – 1. túlzott ivás vagy intoxikáció, 2. megvonás vagy negatív affektus, 3. megszállottság vagy sóvárgás –, amelyek specifikus neurális körökben eredményeznek változásokat és progrediálhatnak a zavar lefolyása alatt. [10]

Az AD etiológiájával, diagnosztikájával és kezelésével kapcsolatos kutatási eredmények sokrétűsége leképezi a zavar heterogenitását. A korai kutatások az AD diagnosztikájának egyszerűsítésére szolgáltak altípusok bevezetésével. [11-14] Az újabb kutatásokban a már korábban meghatározott altípusok kibővítésére láthatunk eredményeket. A zavar heterogenitásából adódóan a subfenotípusok száma egyre növekvő tendenciát mutat. Például a 2000-es évek második felében egy amerikai kutatás az AD esetében 5 kategóriát határozott meg. A fiatal felnőtt altípusba tartozóknak (31,5%) nincs más szerhasználati vagy mentális zavaruk, családjukban alacsony az alkoholizmus prevalenciája (22%), nem kérnek segítséget az alkoholfogyasztásukkal kapcsolatban. A fiatal antiszociális altípusba tartozók (21,1%) 20-as éveik közepén járnak, korán kezdik a fogyasztást és problémás a fogyasztásuk, az 52,5%-uk családjában fellelhető az alkoholizmus, az 54%-uk rendelkezik antiszociális személyiségzavarral, továbbá nagy a prevalenciája a major depresszióknak (37%), bipoláris affektív zavarnak (33%) és a szorongásos zavaroknak, valamint egyéb szerek (marihuána, kokain, opiátok) is abuzálnak, a 35%-uk kér segítséget az ivással kapcsolatban. A funkcionális altípusba tartozók (19,4%) tipikusan középkorúak, jól edukáltak, stabil munkahellyel és családdal, 31%-uk családjában látható többgenerációs viszonylatban megjelenő alkoholizmus, 24%-uknak alakul ki major depresszív betegsége az életük során, 50%-uk dohányzik. Az intermediális (köztes) családi altípusba tartozók (19%) középkorúak, 47%-uk családjában többgenerációs viszonylatban megjelenik az alkoholizmus, az életük során 47%-uk szenved major depressziótól, 20%-uk bipoláris affektív zavartól, 20%-uknak van kokain és/vagy marihuána (25%) használati problémája, csupán a 27%-uk kér segítséget az alkohol használatával kapcsolatban. A krónikus súlyos altípusba tartozók (9,2%) főleg középkorúak, 47%-uk rendelkezik antiszociális személyiségzavarral, 77%-uk jön olyan családból, ahol több generációban előfordul alkoholizmus, magas együtt járás látható egyéb pszichiátriai betegségekkel és más szerhasználati zavarokkal, az ellátórendszerben leginkább ők fordulnak meg, hiszen 66%-uk kér segítséget az alkoholfogyasztásával kapcsolatban. [15]

Összességében megállapítható, hogy az AD az egyik legsúlyosabb népegészségügyi jelentőséggel bíró kórforma, amelynek korszerű diagnosztikájáról, továbbá kezeléséről mind a pszichiátriai/addiktológiai ellátórendszert, mind az alapellátókat, továbbá mind az egyes társszakmákban dolgozó szakembereknek megfelelő információval kell rendelkezniük, hogy a fentebb említett terheket mérsékelni tudjuk.

### **Célok**

Jelen egészségügyi szakmai irányelv célja többértű. Elsődleges célja, hogy a Magyarországon pszichiátriai és addiktológiai betegellátást végző szakorvosi/szakorvosjelölti kör számára egységes útmutatóként szolgáljon a bizonyítékokon alapuló orvoslás, az elmúlt évek kutatásainak gyakorlat által is igazolt eredményeinek integrálásával. További célja a döntéshozók, ellátásszervezők részére áttekinthető irányvonal biztosítás. Szintén célja, hogy a betegképviselők és civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

Konkrét célok:

1. Csökkenjen a költséges kórházi felvételt igénylő esetek száma;
2. A páciensek a lehető leghosszabb ideig legyenek tünetmentesek;
3. Csökkenjen az alkohol okozta dependencia miatti táppénzes napok száma;
4. A páciensek életminősége javuljon;
5. Csökkenjen az alkohol okozta dependencia talaján kialakult pszichiátriai, neurológiai és belszervi kórképek kialakulásának esélye és azok mortalitási mutatói.

## **2. Felhasználói célcsoport**

Az alkoholhasználat zavarával kapcsolatos szakmai irányelv a *felöltt* betegpopulációra vonatkozik. Az egészségügyi szakmai irányelv *célcsoportját* az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok ellátásában kompetens szakemberek, továbbá egyes állami és civil szervek/szervezetek dolgozói jelentik, így:

1. *elsősorban* – mint *ellátók*, vagyis az állapotfelmérésben, diagnosztikában és a kezelésben, gondozásban közvetlenül részt vevők – az addiktológus és pszichiáter szakorvosok, szakorvosjelöltek, a pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező orvosok, továbbá pszichológusok és a klinikai szakpszichológusok, valamint diplomás szociális munkások és addiktológiai konzultánsok;
2. *másodsorban* – mint *társszakmák képviselői*, az ellátásban (állapotfelmérés/diagnosztika/kezelés/gondozás) közvetlenül részt nem vevő, vagy csak korlátozottan, a szakellátás kérésére részt vevő szakemberek – a háziorvosok és dietetikusok, a sürgősségi orvostan, a belgyógyászat és a neurológia területén dolgozók;
3. *harmadsorban* az adminisztratív, igazságszolgáltató, finanszírozó és betegirányítási szervek (Belügyminisztérium, NNGYK, bíróságok, önkormányzatok) dolgozói és a betegjogi szervezetek munkatársai.

Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* az 1-es pontban felsorolt „*ellátók*” tekintetében az, hogy egységes útmutatóként szolgáljon a szakmai tevékenységükhöz; a 2-es pontban felsorolt „*érintettek*” vonatkozásában az, hogy tájékoztassa őket az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok legújabb, bizonyítékokon alapuló ismereteiről, míg a 3-as pontban említett állami szervek számára az, hogy segítséget nyújtson az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok állapotfelmérésével, kezelési útjaival, gondozásával illetve az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarokban szenvedő betegeket érintő egészségpolitikai, finanszírozási, továbbá jogi/jogorvoslati döntések meghozatalában. Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* a civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek) vonatkozásában az, hogy szakszerű tájékoztatást nyújtson a betegség különböző aspektusairól.

Jelen diagnosztikai és terápiás egészségügyi szakmai irányelv bevezetése az alapfeltétele az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok ellátásának szakmán belüli és a szakmán kívüli kontrolljának, amelyet egyrészt az addiktológiai, pszichiátriai, klinikai szakpszichológiai és pszichoterápiás munkát végző szakma, másrészt pedig a finanszírozó és adminisztratív szervek, az igazságszolgáltatás, illetve civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek, médiumok) képesek – természetesen saját kompetenciahatáruknak megfelelően – hatékonyan gyakorolni.

### 3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

#### Egészségügyi szakmai irányelv előzményei:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg

#### Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

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

<b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) <b>NICE Clinical Guidance 115 - Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence</b> Kiadás dátuma: 2011 <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/cg115">https://www.nice.org.uk/guidance/cg115</a>
<b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	Canadian Centre on Substance Use and Addiction <b>Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report</b> Kiadás dátuma: 2023 <a href="https://www.ccsa.ca/canadas-guidance-alcohol-and-health">https://www.ccsa.ca/canadas-guidance-alcohol-and-health</a>

#### Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel

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

<b>Azonosítószám:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	002138 Egészségügyi szakmai irányelv – A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciók rendeléséről Egészségügyi Közlöny, LXXIII. évfolyam, 5. szám, 542-598 old. <a href="http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/5.pdf">http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/5.pdf</a>
<b>Azonosítószám:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	002182 Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 24. szám 610-725 old. <a href="http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf">http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf</a>

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a már említett külföldi irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő egészségügyi szakmai irányelv készíthető.

## VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

### 1.1. Alkoholos intoxikáció – Elméleti háttér

Az akut alkoholhatás elsősorban a gátló gamma-aminovajsav (GABA) és a serkentő glutamát neurotranszmitter rendszereken érvényesül. Az alkohol egyidejűleg serkenti a GABA A-típusú receptorát, és gátolja a glutamát N-metil-D-aszpartát (NMDA) receptorát. Az alkohol ezen elsődleges hatásán kívül olyan neurotranszmitter rendszereket is befolyásol direkt és indirekt módon, mint a dopaminerg, a noradrenerg, a szerotonerg, az endogén opioid és a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely rendszere. Az akut alkoholhatásban, az alkoholos intoxikációban, az alkohol okozta dependencia kialakulásában ezen pályarendszerek összetett változásairól beszélhetünk. Az alkoholos intoxikáció elsősorban ellátása elsősorban a sürgősségi orvostan tárgykörébe tartozik, így ebben a fejezetben főként a betegutakra kívánjuk helyezni a hangsúlyt.

## 1.2. Alkoholos intoxikáció – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

### Ajánlás1

**Az alkohol intoxikáció mértékének és lehetséges szövődményeinek pontos meghatározásához mindenképpen szükséges a megfelelő anamnesztikus információk gyűjtése, valamint a véralkoholszint mellett a tüneti kép részletes explorációja, melyhez az 1. számú táblázat hasznos segítséget nyújthat. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

Az alkoholos intoxikáció és az ezzel járó tünetek nagymértékben függenek a véralkohol koncentrációtól, az egyén érzékenységétől, az alkoholhasználati szokásoktól, továbbá a fennálló tábetegségektől. A véralkoholszint és a tüneti reprezentáció összefüggéseit az **1. számú táblázatban** (XI. melléklet, 1.3. táblázatok, 1.3.1. A véralkoholszinttel összefüggésben megfigyelhető, jellemző klinikai tünetek alkoholintoxikáció esetén) foglaltuk össze [16]. Diagnosztikai szempontból hangsúlyos a páciens diagnosztizált alkohol okozta dependencia szindrómája (detoxikálást követően kialakuló alkohol okozta megvonási szindróma kialakulásának veszélye miatt), a más szerhasználat zavar fennállása – különösképpen az egyéb depresszánsokra (benzodiazepinek) –, továbbá az egyes regulárisan szedett pszichofarmakonok.

Az alkohol a passzív diffúzió révén a test minden olyan régiójában jelen lehet, ahol víz is található. Ennek következtében a lehelet, illetve a nyál vizsgálata a véralkohol-koncentráció, illetve az alkoholos intoxikáció egyszerű szűrési lehetőségét kínálja, amennyiben a beteg együttműködést tanúsít erre vonatkozóan [16].

## 1.3. Alkoholos intoxikáció – Terápia

### Ajánlás2

**A detoxikálást követően, illetve bizonyos esetekben a detoxikálás alatt pszichiátriai beavatkozásra szükség lehet. Ennek algoritmusát az 1. számú ábrán foglaltuk össze (XI. Melléklet, 1.4 Algoritmusok, 1.4.1. Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmus), a Shapiro és munkatársai által javasolt algoritmus felhasználásával [17]. Akár a sürgősségi orvostan keretein belül is sor kerülhet a szűrés, rövid intervenció és addiktológiai ellátásba történő továbbirányítás sztenderdizált protokolljainak alkalmazására. (Ajánlás rangsorolása: feltételes ajánlás)**

Ezek között említhető az SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) azaz „Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás”, ami a korai kezelésbevétel egyik legelfogadottabb, átfogó jellegű népegészségügyi programja [18], mely a Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) korai kezelésbevételrel kapcsolatos elméleti és módszertani segédletében is ajánlásra kerül. [19]

Az alkoholos intoxikáció módosult tudatállapotot eredményez, e módosult tudatállapot azonban nem kizárólag az alkoholos intoxikáció következménye lehet. Rendszeres és krónikus alkoholbevitel mellett az érintett glikogénraktárai kiürülhetnek, amely gyakran vezet hipoglikémiához, mely számos fizikai tünete (például: végtagremegés, gyengeségérzet) mellett a tudatállapotra is hatással lehet (például: báyadtság, ingerlékenység). A kezeletlen hipoglikémia maradandó morbiditást eredményezhet. Emellett a tiamin- és folsavraktárak kiürülése szintén összefüggést mutathat a tudatállapot megváltozásával, ezért alkoholhasználati zavarral küzdő személyeknél a tiamin és folsav adása szintén megfontolandó terápiás lépés [16].

Az alkoholos intoxikáció terápiája, amennyiben egészségügyi keretek között szükséges a sürgősségi orvostan hatókörébe tartozik. A sürgősségi ellátásba alkoholos intoxikáció gyanújával bekerülő beteg esetén az alábbi lépésekben és indikációk mellett javasolt megkezdeni az adekvát terápiát:

1. A rendelkezésre álló epikrizis információi, valamint a tudatállapot és az életjelek vizsgálata alapján megállapításra kerül, hogy a beteg milyen szintű éberséget és érzelmi/izgalmi állapotot mutat;
2. Amennyiben a beteg éber, nyugodt és együttműködő magatartást mutat, megtörténik a részletes esetexploráció (a szerhasználatra vonatkozó anamnesztikus információk bővítésével), a differenciáldiagnosztikai munka;
3. Amennyiben a beteg aluszékony, zavart vagy válaszképtelen, a vitális jelek monitorozása folytatódik, a testhőmérséklet normalizálása, valamint a megfelelő hidratáció biztosítása mellett. A plazma glükóz szintjének, valamint a szérum elektrolitok vizsgálata javasolt. Megtörténik a beteg állapotát potenciálisan befolyásoló/magyarázó egyéb tényezők (például: fejsérülés) kizárása;
4. Amennyiben a beteg agított, agresszív vagy gátolatlan magatartást mutat, a lehetőségek figyelembevételével fontos a megnyugtató, nem fenyegető környezet biztosítása. Szükség esetén szedatívumok adása válhat indokolttá. Ha a beteg megnyugszik, és együttműködővé válik, sor kerülhet a részletesebb kivizsgálásra (lásd 2-es pont).



A klinikai előzmények feltárásakor az aktuális alkoholfogyasztás jellemzőinek megismerése (például: mennyiség, időtartam, más pszichoaktív szerekkel kombinált fogyasztás) mellett a korábbi alkoholfogyasztási epizódok részletesebb feltárása is szükséges feladat. Fontos az intoxikált állapotban tanúsított, nagy kockázatot hordozó viselkedési formák (például: nehézgépek vezetése, autóvezetés, önkárosítás, másokkal szemben mutatott erőszak) feltérképezése is. Emellett a korábbi kórtörténet megismerése javasolt, különös tekintettel a beteg addiktológiai kórelőzményeire.

A javasolt fizikális vizsgálatok magukban foglalják a tudatállapot részletes feltárását (például: Glasgow Kóma Skála alkalmazásával), a szív- és légzési paraméterek monitorozását (szívfrekvencia, vérnyomás, szívrítmus, légzésszám), a vizeletürítés felügyeletét, mindezt lehetőség szerint óránként, amíg az említett paraméterek nem kezdenek normalizálódni. A nem reagáló betegeknél előfordulhat rejtett fejsérülés, amely a megnövekedett koponyaűri nyomás alapján azonosítható. Ezért tanácsos közvetlen szemészeti vizsgálatot végezni, amely a papilláris ödéma azonosítására irányul, mely a megnövekedett koponyaűri nyomás egyik gyakori klinikai jele. Metil-alkoholmérgezésben megnövekedett koponyaűri nyomás nélküli papillödéma is előfordulhat. Így a végleges kezelés meghatározásához képalkotásra (CT/MRI) lehet szükség. Reagáló betegeknél zárjuk ki a diplomópiát, és vizsgáljuk meg a szemmozgást minden kardinális helyzetben, az esetleges izomgyengeséget és az érzékelési hiányosságokat. Figyeljük meg a kóros vagy önkéntelen mozgásokat, illetve ellenőrizzük, hogy nincsenek-e egyéb fizikai sérülések, illetve észlelhető-e vérzés a fülből, orrból vagy szájból.

A mentális állapot monitorozása kapcsán a beszédbeli/kommunikációs, illetve viselkedésbeli rendellenességek azonosítása mellett a potenciálisan agresszív viselkedés észlelése akut feladat, mely esetén mind a beteg, mind a kezelőszemélyzet biztonsága prioritást élvez. A beteg gondolkodási és észlelési zavarainak feltárása mellett az időbeli és térbeli tájékozódás felmérése szükséges, ideértve a közvetlen, a közelmúltbeli és a régmúltbeli emlékezeti funkciók, a belátás és a realitásérzék vizsgálatát.

Az ellátás során a légutak, a légzés és a keringés biztosítása, a dehidratáció ellen, valamint a megfelelő vizelettermelés fenntartása érdekében intravénás folyadékpótlás, hipoglikémia esetén pedig glükóz adagolása történik. Minden súlyosabb alkoholos intoxikációt mutató betegnél szükséges legalább egy EKG-felvétel. Aritmia észlelése esetén sorozatos EKG-monitorozás válhat indokolttá. Az intoxikáció enyhülésével az EKG-változásoknak meg kell szünniük, de ha a változások továbbra is fennállnak, más okot kell keresni. Megváltozott mentális állapot esetén, ha a beteg közreműködésével nincs lehetőség a teljeskörű kórelőzményt feltárására, a fej CT-vizsgálata megfontolandó a beteg mentális állapotához hozzájáruló intrakraniális patológia (például: szubdurális hematóma) kimutatására. Egyes esetekben az MRI is megfontolandó. Amennyiben szuicid hajlam feltételezhető, pszichiátriai kivizsgálás válik szükségessé.

A metadoxin (300-600 mg egyszeri intravénás/intramuskuláris [IM] injekció formájában) felnőtteknél az alkohol kiürülésének felgyorsítására használható, ami gyorsabb felépülést eredményez a mérgezésből. Nyugtalanág vagy erőszakosság esetén antipszichotikumok (haloperidol 5 mg; prometazinnal 50 mg) alkalmazása megfontolandó.

## 2.1. Az alkohol okozta káros használat és az alkohol okozta dependencia – Elméleti háttér

A krónikus alkoholhatás jelentősen megváltoztatja a fentebb (1.1.) jelzett neurotranszmitterek és receptorainak eloszlását és az egyes idegi pályák működését. Összefoglalva a krónikus alkoholhatás:

1. a GABA receptorok számának csökkenéséhez („receptor downreguláció”),
2. a glutamát receptorok (NMDA, AMPA) számának növekedéséhez („receptor upreguláció”),
3. a VTA dopaminerg idegsejtjeinek tüzelési frekvenciájának, az NAc bazális dopaminszintjének növekedéséhez,
4. a centrális és perifériás noradrenerg aktivitás növekedéséhez,
5. a kortikotropinfel szabadító faktor felszabadulásának, így a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely aktivitásának növekedéséhez,
6. a szerotonin felszabadulás csökkenéséhez (mely dopaminerg neurotranszmisszió fokozódásához)
7. továbbá az endogén opioid rendszer diszregulációjához vezet.

Részben ezen változások tartják fenn azon jellegzetes neuropszichiátriai elváltozásokat, melyek mind a sóvárgást és a megvonási tüneteket jellemzik.

Mindezek mellett érdemes hangsúlyozni, hogy az AD nem kizárólagos diagnózis, előfordulása kimagasló pszichiátriai megbetegedésben küzdő páciensek esetén („kettős diagnózis”), ahol más neurobiológiai és pszichológiai tényezők is befolyásolják az addiktív viselkedést. Az úgynevezett elsődleges AD esetében, ahol a szerhasználat kialakulását

más pszichiátriai betegség nem előzi meg, jellegzetes egyéb neurobiológiai (jutalmazó- és kontroll rendszerek diszfunkciói) és ebből adódóan pszichológiai (személyiség- és karakterjegyek) eltérésekkel találkozhatunk, melyek a terápiás intervenciókat is nagymértékben befolyásolják.

## **2.2. Az alkohol okozta káros használat és az alkohol okozta dependencia – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika**

### **2.2.1. Általános alapelvek**

Az AD diagnózisa alapvetően klinikai diagnózis. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság kézikönyvének, a DSM-nek az 5. verziójának bevezetésével [20], ahogy az egyéb más pszichiátriai kórformáknál, úgy az egyes szerhasználat zavarok esetén is hangsúlyosabbá vált a spektrum szemlélet, melyet a DSM-5 elnevezése szerinti alkoholhasználat zavar is tükröz. A BNO klasszifikációs rendszerek az Alkohol okozta káros használat (abúzus) (F10.10) és az Alkohol okozta káros használat epizódját (6C40.00) illetve mintázatát (6C40.10) különálló diagnosztikai kategóriákként értékelik, melyek a DSM-5 szerint az alkoholhasználat zavarának enyhe szintjét tükrözik. A korai felismerés, az állapotfelmérés továbbá a terápiás intervenciók szempontjából is célszerű a „káros használat” diagnosztikai kategóriát enyhe fokú AD-ként értékelni.

Ezen felül érdemes hangsúlyozni, hogy az alkoholhasználattal kapcsolatos problémák három halmazt alkotnak, amelyek egymás részei. Az első és legnagyobb halmaz a kockázatos szerhasználók csoportja, akiknél a megnevezés kritériuma elsősorban a fogyasztás mennyiségére és gyakoriságára vonatkozik. A második halmazt – amely része az elsőnek – azok a személyek alkotják, akik megfelelnek a szerhasználat zavar kritériumrendszerének a DSM-5 alapján. A harmadik halmazt – amely az első kettőn belül helyezkedik el – azok alkotják, akiknél addikció alakult ki, tehát folyamatos és maradandó nehézségeik vannak a szerhasználattal kapcsolatos önszabályozással [10, 21]. Fontos azonban kiemelni, hogy az egyes halmazok közötti határvonal nem egyértelmű, sok esetben átjárható.

Az alkoholfogyasztás gyakorisága és mennyisége szerint, elsősorban a szomatikus hatások tekintetében a kockázati ivást határozhatjuk meg. Az Egyesült Királyságban a kockázati ivás sávjai a következőképpen határozhatók meg (nulla kockázatú ivás nem létezik):

Férfiak és nők számára egyaránt javasolt, hogy hetente ne fogyasszanak több mint 14 alkoholegységet a kockázatok alacsony szinten tartása érdekében.

Egy alkoholegység 10 ml vagy 8 gramm tiszta alkoholt jelent, ami egy szabványos módon kalkulált mennyiség az alkoholtartalmú italokban.

Ez a mennyiség különböző alkoholtartalmú italokban eltérő lehet. Például egy kis pohár bor, egy közepes erősségű sör korsója, vagy egy kis mennyiségű erős alkohol (mint például: whisky) tartalmazhat körülbelül 1 alkoholegységnyi tiszta alkoholt [22].

Ebben a modellben, mely a diagnózis felállítása és a következményes terápiás útvonalak szempontjából is hangsúlyos, lehet elhelyezni az úgynevezett kettős diagnózis fogalmát. A bizonyos szerhasználat zavarok, így az AD gyakran társul más pszichiátriai betegségekkel [23]. Ily módon megkülönböztethetünk elsődleges és másodlagos AD-át. Az elsődleges AD kialakulása megelőzi az egyéb pszichiátriai betegség megjelenését. A másodlagos AD ezzel szemben a pszichiátriai betegség után alakul ki. Ezek alapján a kettős diagnózisnak három típusa különíthető el. Az első típusnál a pszichiátriai betegség a primer diagnózis, amelynek talaján kialakult a szekunder AD. Ebben az esetben az AD kialakulásának oka lehet a pszichiátriai betegség tüneteinek csökkentése érdekében történő alkoholfogyasztás („öngyógyítás”). A második típus esetében az elsődleges diagnózis az AD, amely a pszichiátriai betegség okozója. A harmadik típus esetében hosszú ideje fennálló AD és pszichiátriai betegség jellemző, amelyek együtt vagy külön is megjelenhetnek.

Összefoglalva tehát, a legfontosabb szempontoknak az AD diagnosztikája során klinikai diagnózis jelentőségét, a korai felismerést, a súlyosság megítélését, továbbá az úgynevezett elsődleges, avagy másodlagos AD elkülönítését tekinthetjük.

### **2.2.2. A diagnosztika szintjei és szinterei**

Figyelembe véve a még jelenleg használt BNO-10, a későbbiekben bevezetésre kerülő BNO-11 klasszifikációs rendszert, továbbá az Amerikai Pszichiátriai Társaság kézikönyvét a DSM-5-öt a diagnózis legfontosabb kritériumait az alábbiak szerint foglalhatjuk össze.

1. a személy a szándékoltnál nagyobb mennyiségű alkoholt fogyaszt, a tervezettnél hosszabb ideig;
2. az alkoholhasználat csökkentésére vonatkozóan sikertelen kísérleteket tesz;
3. a fogyasztásra és ahhoz

kapcsolódó tevékenységekre jelentős mennyiségű időt fordít; 4. az alkoholfogyasztás utáni erős sóvárgás jellemzi; 5. nem teljesíti főbb, hétköznapi szerepeihez kötődő kötelezettségeit; 6. az alkoholfogyasztást a nyilvánvaló interperszonális, testi és lelki problémák ellenére fenntartja; 7. korábbi tevékenységeit feladja, hanyagolja az ital miatt, illetve; 8. az alkoholt kockázatos helyzetekben is használja; 9. tolerancia; 10. az alkoholfogyasztás abbahagyása esetén megvonási tünetek jelentkeznek. A klasszifikációs rendszerek alapján a tünetek az elmúlt 12 hónapra vonatkoznak. A teljes diagnosztikai tünetlista a **2. számú táblázatban** (XI. melléklet, 1.3. táblázatok, 1.3.2. Az alkoholhasználati zavar DSM-5 alapú tünetei) található.

A DSM-5 az alapvető diagnosztikus kritériumainak megléte szerint megkülönböztet enyhe, közepes és súlyos fokú alkoholhasználat zavarát, ahol az enyhe alkoholhasználat zavar 2-3, a közepes 4-5, a súlyos 6 vagy annál több tünet jelenléte mellett állapítható meg. Ezzel szemben a BNO klasszifikációs rendszer két súlyossági szintet különböztet meg: alkohol okozta káros használat (abúzus) és alkohol okozta dependencia (függőség). Ezen különbségek ellenére a diagnózis felállítása során a fenti tünetek feltárására kell törekedni, melyek közül a sóvárgás, a tolerancia, továbbá a megvonási tünetek a legjelentősebbnek tekinthetők.

### Ajánlás3

**A klinikai interjúnak a páciens alkoholhoz való viszonyára, az alkoholhasználattal kapcsolatban megjelenő problémáira, az egyes társuló pszichés vagy belszervi/neurológiai tüneteinek feltárására és amennyiben elérhető a heteroanamnézisre kell támaszkodnia. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

### Ajánlás4

**A diagnózis felállításában a későbbiekben tárgyalt pszichodiagnosztikai tesztek használata javasolt/szükséges, amelyek mind a korai felismerésben, mind a súlyosság megítélésben objektív segítséget nyújtanak. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

### Ajánlás5

**Az AD diagnózisának felállítása során a fentiekben részletezettek szerint külön figyelmet kell fordítani az anamnesztikusan megjelenő és a diagnózis fennállásakor detektálható pszichiátriai tünetekre. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

Az AD alapellátásban történő szűrésére és intervenciójára vonatkozó algoritmust a 2. számú ábrán (XI. melléklet 1.4. Algoritmusok 1.4.3. pont) ismertetjük.

## 2.2.3. Pszichodiagnosztika

Az AD klinikai diagnózisának felállításában segítséget jelenthetnek egyes mérőeszközök. Az egyik leggyakrabban használt pszichodiagnosztikai eszköz az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT) (XI. melléklet 1.2 Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1.2.1 WHO AUDIT kérdőív) [24, 25], igaz, ezt sem a diagnózisalkotáshoz, sokkal inkább a súlyosságbecsléshez tudjuk érdemben felhasználni. A kérdőív 10 tételből áll, amelyek az alkoholfogyasztás mértékére (1–3. tétel), az alkoholfüggőség súlyosságára (4–6. tétel) és az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatásaira (7–10. tétel) vonatkoznak. A kérdőíven elért 0–7 pont absztinenciát vagy alacsony kockázatú alkoholhasználatot, 8–15 pont kockázatos alkoholhasználatot, 16–19 pont ártalmas alkoholhasználatot és az abúzus kockázatát 20 vagy annál több pont alkoholhasználat zavarának veszélyét jelzi.

Az AUDIT kérdőíven elért 20 vagy annál több pont esetében indokolt az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (AFS-K/SADQ) [26] használata, amely a már fennálló AD súlyosságát (enyhe, mérsékelt vagy súlyos) tárja fel. A 20 tételes mérőeszköz 4 pontos Likert-skálán méri a függőség súlyosságát, a fennálló pszichológiai-biológiai elvonási tünetek alapján. Ezen kérdőív alapján következtethetünk a megvonási tünetek kialakulásának és várható mértékének valószínűségére. Enyhe mértékű függőségről 15 vagy annál kevesebb pont esetén beszélhetünk, ebben az esetben többnyire nincs szükség a megvonási tünetek kezelésére. Mérsékelt függőség 15–30 pont esetén áll fenn, ebben az esetben általában szükség van a megvonási tünetek kezelésére, amely tipikusan ambuláns/közösségi keretek között folytatható, hacsak nincs ezt kontraindikáló kockázat. Súlyos mértékű függőségről 30 pont felett beszélhetünk, és ebben az esetben a megvonási tüneteinek kezelése többnyire bentlakásos intézeti ellátást igényel.

Az AUDIT első 3 tétele, amely AUDIT-C néven ismert, az alkoholfogyasztás meglétére és annak mértékére vonatkozik, így fontos és egyszerű szűrőeszköz az alkoholt fogyasztó személyek azonosításában [25]. Ennek az alapellátásban történő rutinszerű alkalmazásával könnyen azonosíthatóak azok a személyek, akiknél az alkoholhasználat további

felmérése szükséges. A maximálisan elérhető 12 pontból a nők esetében 3 vagy több, míg férfiak esetében 4 vagy több pont esetén jelez a teszt [27].

Szintén megfontolandó a CAGE nevű szűrőteszt (XI. melléklet 1.2. fejezet, Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1.2.2. CAGE teszt) [28] alkalmazása, rövidege ugyanis a mindennapi klinikai gyakorlatban is könnyen felhasználhatóvá teszi a mérőeszközt. A CAGE betűkombináció négy betűje egy-egy alkoholfogyasztással kapcsolatos problémára utal. A „C” betű az angol Cut (abbahagyás) szóra utal, s a problémát feltáró tétel magyarul így hangzik: Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást. Az „A” betű az Annoyed (bánt, bosszant, zavar) angol szóra utal, amelyet az alábbi tétel térképez fel: Zavarták-e valaha az emberek azzal, hogy kritizálták az ivását. A „G” a Guilty (vétkes, bűnös) szóra utal, a problémát feltáró tétel pedig a következő: Rossznak vagy vétkesnek érezte-e magát az ivásával kapcsolatban. Végül, az „E” betű az Eye-opener kifejezésre utal, amely azt a problémát takarja, amikor az alkoholfüggő személy már kora reggel ivással kezdi a napot. A tétel magyarul a következőképpen hangzik: Előfordult-e, hogy ivással kezdte a napot reggel, hogy megerősítse az idegeit, vagy megszabaduljon a másnaposságtól.

Általában a kettő vagy annál több pozitív válasz alkoholizmusra, illetve az alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarra utal. A tételeket „igen” vagy „nem” válasszal lehet megítélnie a kitöltőnek, ahol az „igen” válaszok 1 pontot érnek, míg a „nem” válaszok nullát.

Az állapotfelmérés és diagnosziskutatás során, akárcsak más addikciók esetén, hasznos támpontokat nyújthat az Addikciós Súlyossági Index alkalmazása [29], melynek magyar változata EuropASI néven ismert [30]. A félig strukturált interjú felvétele megközelítőleg 40-45 percet vesz igénybe, alkalmazása előzetes tréninghez kötött. Az addiktológiai problémákon túl feltárja a kliens életvitelének és alkalmazkodási képességének további területeit is (például egészségi állapot, munka/tanulás, családi és egyéb társas kapcsolatok, pszichés státusz, jogi problémák). Az ASI segítségével végzett állapotfelmérés célja a farmako- és/vagy pszichoterápiás ellátás indikációinak meghatározása, és a terápiás terv kidolgozásának megalapozása.

Amennyiben felmerül a kettős diagnózis lehetősége, az Minnesota Multiphasic Personality Inventory/Minnesota Többtényezős Személyiségfeltáró (MMPI/MMPI-2) [31, 32] alkalmazható a pszichés állapotok és személyiségstruktúrák feltérképezésében. Az MMPI-2 addikció skálái (addikció elismerése (AAS), addikciós potenciál (APS) és átdolgozott MacAndrew alkoholizmus (MAC-R)) a klinikai skálái (Pd, Sc, Ma) az újrastrukturált klinikai skálái (RCd, RC1, RC4, RC9), tartalmi skálái (ANG, CYN, ASP) PSY-5 skálái (AGGR, DISC, NEGE), illetve a klinikai skálák mentén kirajzolódó csúcscódok [33, 34] segíthetnek az addikció meglétének és felismerésének mérésében. Emellett támpontot nyújthatnak a pszichoterápiás konceptualizálás és a kezelés tervezése során.

A potenciálisan társuló személyiségzavarok azonosításában a Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Személyiségzavarok Vizsgálatára (SCID-5-PD) [35] segíthet, míg a komorbid, felnőttkori ADHD megállapításában a DIVA 2.0, vagyis a Diagnosztikus Interjú a Felnőttkori ADHD felmérésére [36] tekinthető elsődlegesen javasolt strukturált klinikai interjúnak. A terápia tervezéséhez támpontot nyújthat továbbá a személyiségstruktúra becslése során alkalmazható Operacionalizált Pszichodinamikus Interjú (OPD-2) [37], illetve a Kernberg féle Strukturális Interjú is [38].

A demencia, kognitív érintettség és hanyatlás szűrésének gyors és költséghatékony módja a Mini Mentál Teszt (MMT) [39] felvétele. Ezen tényezők további vizsgálatához az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (AKV) [40] alkalmazható. Az intelligencia további feltárására a Wechsler Intelligencia Teszt (WAIS-IV) [41], vagy a Magyar Wechsler Intelligencia Teszt (MAWI) [42] alkalmazható.

A diagnosztikát segítő teszteken (AUDIT, AFS-K/SADQ) kívül az AD-hoz kapcsolódó személyiségvonások és állapotok mérésére alkalmas tesztek használata is segítheti az AD részletesebb feltárását, és a személyre szabott terápia megtervezését.

Az alkoholfogyasztás motivációinak feltárásához az Alkoholfogyasztás Motivációi Módosított Kérdőív (DMQ-R-SF-HU) [43] változata alkalmazható. A kérdőív 12 tételből áll, és négy alskálája van, amelyek az alkoholfogyasztás fő motivációs aspektusait fedik le. Ezek a szociális motiváció (például: „...mert segít élvezni egy bulit”), a fokozásos motiváció (például: „...hogy feldobódjon”), a megküzdéses motiváció (például: „...hogy jobb kedvre derüljön, ha rossz hangulatban van”) és a konformitás (például: „...hogy beilleszkedjen egy Ön által kedvelt társaságba”).

A szenzoros élménykeresés és az impulzivitás feltárása segítséget nyújthat mind a kockázatfelmérésben, mind az AD prognózisának megbecslésében. Erre a 8 tételű Szenzoros Élménykeresés Kérdőív (BSSS-8) [44], valamint a 21 tételű Módosított Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-21) [45] alkalmazható.

A Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőívvel (STAI) [46] a szorongás vonás és állapot jellegét is feltárhatjuk. A STAI összesen 40 tételből áll, amelyből 20 vonatkozik az állapotszorongásra, 20 pedig a vonásszorongásra. A stressz szintjének felmérését segítheti az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) [47], amely 14 tételből áll, és az elmúlt egy hónapra vonatkozóan méri fel az egyén által megélt stressz szintjét.

A sóvárgás mérésére jelenleg nincs hazánkban magyar nyelven validált mérőeszköz. Ennek ellenére a nemzetközi gyakorlat alapján az 5 tételes Penn Alkohol Sóvárgás Skála (*Penn Alcohol Craving Scale: PACS*) [48], a 14 tételes Obszesszív-Kompulzív Alkoholfogyasztási Skála (*Obsessive-Compulsive Drinking Scale: OCDs*) [49], valamint a 12 tételes Multidimenzionális Alkohol Sóvárgás Skála (*Multidimensional Alcohol Craving Scale: MACS*) [50] alkalmas lehet a sóvárgás mérésére. Ez szintén segítséget nyújthat a visszaesés kockázatának felmérésében.

A sóvárgás mérése mellett a visszaesés kockázatának megbecslésére alkalmazható az Alkohol Relapszus Kockázati Skála (*Alcohol Relapse Risk Scale: ARRS*) [51]. A skála 32 tételből áll, és 5 faktoron keresztül vizsgálja a visszaesés kockázatát: inger által kiváltott sebezhetőség, érzelmi problémák, alkohol iránti kényszer, pozitív és negatív várakozások az alkohollal kapcsolatban, mentális állapot belátása.

A diagnózis felállításának algoritmusát a **3. számú ábrán** (XI. melléklet 1.4. Algoritmsok 1.4.3. számú ábra Az alkohol okozta dependencia diagnosztikai algoritmus) foglaltuk össze.

#### 2.2.4. Belgyógyászati, neurológiai és laboratóriumi vizsgálatok

A diagnózis felállítása során kiegészítő információval bírhat mind a belszervi, mind a neurológiai vizsgálatok eredményei.

A krónikus alkoholhatás gasztrointesztinális traktusra gyakorolt hatása kiemelendő. A máj, mint az alkohol metabolizmusában kitüntetett szerepet játszó hasúri szerv, érintettsége már enyhe fokú AD-ban is fennáll. Az akut alkoholhatás elsősorban a gamma-glutamil-transzferáz (GGT) szintjének, másodsorban a szérum glutamát-oxálacetát transzamináz (SGOT) emelkedésében figyelhető meg. Míg a krónikus alkoholhatást elsősorban a májsejtekre specifikus szérum glutamát-piruvát alanin-aminotranszferáz (SGPT) szintjének emelkedése jelzi. Az úgynevezett De Ritis hányados (SGOT/SGPT) mértéke informatív lehet a megvonási szindróma, továbbá a delírium tremens kialakulására nézve (1-nél magasabb hányados kockázatot jelent). A felszívódási problémákat tekintve, mely egyrészt az akut avagy a krónikusan jelentkező gyomorgyulladások, a bélszakaszok érintettségével, továbbá az inszufficiens táplálkozással magyarázhatóak, kiemelendők a tiamin (B1) hiánya, valamint a malnutrió kialakulása.

A CDT (carbohydrate-deficient transferrin) szintje magasabb a legalább 60g/nap alkoholnál többet fogyasztóknál az absztinenciát követően is legalább 21 napig. [52]

Az egyéb szervekre gyakorolt hatások közül kiemelendő a vérképző rendszer eltérései. A laboratóriumi paraméterek közül az anémia, továbbá az alacsony trombocita szám emelendő ki.

A neurológiai érintettség elsősorban a betegség korai szakaszában a perifériás idegrendszert érinti. A páciensek által jelzett polineuropátiás panaszok (paresztézia, dizesztézia) felhívhatja a figyelmet az alkoholhasználat súlyosságára. Míg a késői szakban a már következményesen kialakuló központi idegrendszeri érintettség olyan kórképekben nyilvánulhat meg, mint a Wernicke-enkefalopátia és a Korszakoff szindróma.

### 2.3. Alkohol okozta dependencia – Terápia

#### 2.3.1. Gyógyszeres terápia

##### Ajánlás

**Az alkoholdependencia farmakoterápiájában a megfelelő gyógyszer az alkoholfogyasztás mértékétől, a dependencia súlyosságától és az érintett további, egyéni jellemzőitől függően kerül kiválasztásra. Ezek alapján beszélhetünk első- másod- és harmadvonalbeli szerekről. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

Közepesen súlyos fokú és súlyos fokú AD esetén a kezelésben elkülöníthetünk első vonalbeli és másodvonalbeli szereket.

Első vonalbeli szernek a naltrexon és az acamprostate tekinthető.

A potens  $\mu$ -opioid receptor antagonista naltrexon tekinthető az elsődleges választásnak közepesen súlyos fokú és súlyos fokú AD-ben. A naltrexon alkalmazásánál figyelemmel kell lenni a májfunkciós értékekre, továbbá az opiát-kodependencia és az opiát típusú fájdalomcsillapítókkal történő visszaélészerű gyógyszerhasználatra. Fennálló májbetegség és opiáthasználat esetén a naltrexon kontraindikáltnak tekinthető.

Második választásnak az acamprostate tekinthető, mely egyrészt az NMDA receptorok antagonistája és a metabotóp glutamát 5-ös receptorok modulátora, így a glutamát-GABAerg egyensúly modulátorának tekinthető. A naltrexone terápia kontraindikációja esetén bevezetése javasolt, amennyiben súlyos vesebetegség nem áll fenn.

Másodvonallal szernek a diszulfiram, a topiramát és a gabapentin tekinthető.

A diszulfiram, mely az acetaldehid dehidrogenáz enzimet gátolja, használata körültekintést és szoros kontrollt igényel. A topiramát antiepileptikum, a GABA-A receptor modulátora, melynek hatékonysága AD-ben is bizonyított, alkalmazása ko-morbid epilepszia betegség esetén elsődleges. A gabapentin antiepileptikum GABA rendszert pozitívan befolyásoló hatása miatt szintén javasolt szerek tekinthető.

Harmadvonalbeli szerek

Egyes szerekről magas evidencia nem áll rendelkezésre alkalmazásukat illetően ugyanakkor alkalmazásuk társuló pszichiátriai megbetegedések esetén megfontolandó. Ilyen a noradrenil-dopamin reuptake inhibitor bupropion, melynek alkalmazása ko-morbid ADHD-ban, depresszióban is felmerül. Továbbá a harmadik generációs antipszichotikumok (aripiprazol, kariprazin, brexpiprazol), melyek alkalmazása ko-morbid szkizofréniában és a bipoláris affektív zavarban javasolt.

### Terápiás megjegyzések

#### Ajánlás7

**Egyéb antipszichotikumoknak, mint például a tiapridnek, a kvetiapinnek a hatásossága AD-ben nem bizonyított, így alkalmazásuk indikáció hiányában kerülendő. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

Továbbá érdemes kiemelni, hogy a dopamin 2-es receptor antagonisták alkalmazása fokozza a drog-kereső magatartást, így alkalmazásuk kontraindikált.

Az antiepileptikumok közül a topiramát-ot és a gabapentint leszámítva nincs megfelelő adat más antiepileptikum alkalmazására, így a korábbi klinikai gyakorlatban gyakran alkalmazott karbamazepin terápia kerülendő, amennyiben nem impulzus-kontroll zavarhoz társul az AD.

A gyógyszeres terápiákszintjeit a **3. számú** táblázatban (XI. melléklet, 1.3. táblázat, 1.3.6. számú táblázat: Az alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerek indikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével) foglaltuk össze.

### 2.3.2. Pszichoterápiák

A farmakoterápia mellett a pszichológiai és pszichoszociális intervenciók fontos elemei az AD átfogó kezelésének [53]. A különböző intervenciók módszerei célja általában a 1. motivációnövelés a szerhasználat felhagyására vagy csökkentésére, 2. megküzdési technikák tanítása, 3. kontingencia szervezés, 4. elősegíteni a szenvedést okozó érzelmek kezelését és 5. növelni a társas támogatottságot és személyközi működést. Újabban a terápiás intervenciók a felépülési-modell szerint is szervezhetőek. A SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) munkadefiníciója szerint a felépülés a változás folyamata, amelynek során az egyének javítják egészségüket és jóllétüket, önrányított életet élnek, és arra töreksenek, hogy teljes felépülési potenciáljukat elérjék. A felépülési modell 10 alapelve: remény, személyközpontúság, több út vezethet a felépüléshez, holisztikus szemlélet, érintettek (sorstársak) támogatása, kapcsolatfókuszú, a traumával való foglalkozás, erősségekre épít, hangsúlyozza a felelősségtudatot, tisztelet (antistigma). [54]

#### Ajánlás8

**Az addiktológiai területen dolgozó klinikai szakpszichológusnak szükséges birtokában lennie a következő attitűdöknek és főbb kompetenciáknak:**

- **empatikus odafordulás,**
- **a szókratészi dialektikán alapuló kommunikációs kompetenciák megléte, bizonyos konzultációs technikák esetén akár a direktívebb és konfrontatívabb kommunikáció vállalása (a belső ellenállás csökkentése és a megfelelő betegségbeállítás kialakítása érdekében), ugyanakkor a kizárólagosan konfrontatív technikákat alkalmazó konzultáció hátrányos is lehet [55]**
- **nagyfokú frusztrációtűrés,**
- **ítélkezésmentes, elfogadó attitűd,**
- **semlegesség,**
- **kerettartás,**
- **megfelelő önreflexív képesség és önismeret (például: saját addikciók mérlegelése, felismerése),**
- **a hozzátartozókkal való kommunikáció vállalása és értő irányítása. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

A rendelkezésre álló empirikus bizonyítékok alapján az elsődlegesen javasolt pszichoterápiás módszer szenvedélybeteg populációjában a kognitív-viselkedésterápia (CBT). Kettős diagnózisú páciensek esetén ajánlott

módszer a sématerápia, mely célzottan foglalkozik mind a szenvedélymagatartással (például: szerhasználat), mind a komorbid pszichopatológiával. Emellett a dialektikus viselkedésterápia alkalmazása is javasolt [56].

Az egyik leggyakrabban alkalmazott, klinikai bizonyítékokon alapuló intervenciós mód a kognitív viselkedésterápia, melynek eredményességét számos metaanalízis támasztja alá [57]. A standard kognitív terápia strukturált, időhatáros intervenció, fő fókusza az irracionális gondolatok azonosításán és módosításán van. A relapszus prevenció során a magas kockázatú helyzetek azonosítása, az elvárások megváltoztatása, valamint az énhatékonyság növelése a cél. A módszer hatékonyságát ez esetben is több meta-analízis igazolta [58]. A kognitív viselkedésterápia hatékonysága az alkoholfogyasztás csökkentésére akkor is igazolt, amikor automatizált intervenciókat (például: mobiltelefonos applikációt) alkalmazunk [59]. Egy másik gyakran alkalmazott intervenciós technika a Motivációs Interjú [60], amelynek célja maximalizálni az alkohollal visszaélő személy intrinzik motivációját a változás irányába, illetve növelni a kezeléssel kapcsolatos együttműködését. Ennek hatására segít fenntartani a beteg motivációját az alkoholfogyasztás felhagyását követően, hogy képes legyen lemondani az alkoholfogyasztás rövid távú pozitív hatásairól és tolerálja az elhúzódó megvonásos tüneteket akár hosszabb távon is [61]. A klinikus empatikus, nem ítélkező, támogató hozzáállásán keresztül vizsgálja az alkohollal visszaélő személy ambivalens tendenciáit az addiktív viselkedés megváltoztatásával szemben, valamint segít feltárni az egyén pszichés erőforrásait, amelyek segíthetnek a relapszus megelőzésében [62]. A technika hatékonyságát kevésbé befolyásolják az érintett demográfiai jellegzetességei (például: kor, nem, fogyasztási súlyosság), mint az intervenció elrendezése, hiszen az egyéni hatékonyabbnak bizonyult a csoportnál [63]. Mivel az alkoholhasználat zavar gyakran nemcsak az egyén problémája, hanem családi rendszerszintű elakadás is, javasolt az egyéni terápia mellett pár- és családterápiás beavatkozásokat is választani, melynek hatékonyságát meta-analízis igazolja [64]. Leggyakrabban a viselkedési technikákra alapuló módszereket és a megoldásfókuszú technikákat alkalmazzák az alkoholfüggő családok kezelésében, melyek sokszor az egyéni terápiánál hatékonyabban támogatják az érintettet és hozzátartozóit is [65].

Emellett a csoportos beavatkozások hozzájárulhatnak a betegek izolációjának csökkentéséhez, empatikus készségeik javulásához, illetve korrekciós hatást gyakorolhatnak az egyén azon alapvető élményeire, miszerint egyedül kell megküzdenie problémáival.

Komorbid állapotok pszichoterápiájára különböző szakpszichoterápiás eszköz alkalmazása lehetséges. Lehetőségként felmerül például a kettős fókuszú sématerápia, mely a személyiségzavar tüneteit megcélzó sématerápiás elemek mellett külön eszközöket kínál a szerhasználat visszaszorítására és a relapszusprevencióra [66, 67], melynek hatékonyságát utánkövetéses vizsgálatok is igazolják [68].

Amennyiben az alkoholhasználat zavar vagy az alkohol okozta dependencia mellett borderline (érzelmileg labilis) személyiségzavar vagy narcisztikus személyiségzavar diagnózisa is fennáll, alkalmazhatjuk az áttétel-fókuszú pszichoterápiát (TFP), vagy a mentalizáció alapú terápiát (MBT) [69]. A személyiségzavar tüneteinek javulása hosszú távon elősegítheti az alkoholhasználatot illető relapszus megelőzését is, ám ehhez az üléseken való józan megjelenésre, és a terápiát megelőzően már fennálló 3 hónapos absztinenciára van szükség [70]. Az absztinencia eléréséhez és fenntartásához szükség esetén kiegészítő terápia indikálható, mint például: kórházi elvonó, rehabilitáció, 12 lépéses anonim önségítő csoportok (elsősorban AA), ambuláns addiktológiai kezelések. A függőségre irányuló kezelés önmagában azonban nem javít jelentősen a patológiás személyiségsszerveződésen [71]. A TFP hatékonysága többek között randomizált kontrollált vizsgálat során is igazolódott [72].

A borderline személyiségzavarral együtt járó, impulzivitásból fakadó alkohol használat gyakoriságának csökkentésére a dialektikus viselkedésterápia (DBT) intervenciói bizonyulnak fokozottan hatékonyak [73].

Mindfulness alapú pszichoterápiák alkalmazása bizonyítottan hatékony lehet a visszaesés megelőzésben, többnyire a járulékos szorongásos tünetek csökkentése kapcsán, de a sóvárgás csökkentésben is jelentős szerepet játszhat [74,75].

Tisztázandó kérdés a pszichoterápia időzítése, főként az absztinencia szempontjából, illetve annak meghatározása, hogy ambuláns, osztályos vagy közösségi terápiás ellátásra van-e szükség. A frissen elért absztinencia, illetve a detoxifikáció idején a visszaesésnek való kitettség kockázata magas, az ambuláns pszichoterápiás kapcsolat megtartó ereje elégtelen lehet. Krízisintervenció, a felépülési motiváció megteremtésére, relapszus prevenció célokra, illetve hosszabb távú pszichoterápiás kezelésre azonban az ambuláns ellátás nyújt teret. Az osztályos kezelés során pszichoterápiás intervenciók lehetősége limitált, általában pszichoszociális támogatás valósulhat meg. Ez alól a Minnesota modell képez kivételt. A pszichoterápiás rezsimeként működő hosszabb távú osztályos kezelés ötvözi mind a közösségi ellátás adta előnyöket, mind a pszichoterápia gyógyító lehetőségeit.

### 2.3.3. Szociális terápiák

#### Ajánlás<sup>9</sup>

**A farmakoterápia és pszichoterápia mellett azon kliensek körében, akik nem utasítják el a spirituális szemléletet, illetve a közösségi terápia szemléletmódját, kiegészítésként ajánlott javasolni az anonim önségítő csoportokba járás gyakorlatát is. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)**

Hazánkban a legkönnyebben hozzáférhető kezelési formát a 12 lépésre épülő, kölcsönös segítségen alapuló csoportok jelentik. Ez az önkéntes és ingyenes módszer az AD-t egy progresszív, gyógyíthatatlan betegségnek tartja, amelynek fizikai, érzelmi és spirituális komponensei vannak. Az élethosszig tartó absztinenciát tűzi ki célul. Hatékonysága a szociális kapcsolatok változására és az énhatékonyság növekedésére vezethető vissza.

A házas, családban élő AD-val küzdő betegek számára fontos lehet a hozzátartozók bevonása a kezelésbe. Azok az intervenciók, amelyek erősítik a családi köteléket és a párkapcsolatot, hatékonyak alkoholfüggőség kezelésében. Azok számára, akik segíteni szeretnék AD-val küzdő hozzátartozójukat, az AI-Anon Családi Csoport jelenthet megoldást, amelynek alap gondolata, hogy az AD családi kontextusban kialakuló betegség, és a család hozzáállásának megváltoztatása hozzájárul a betegek felépüléséhez.

Az olyan problémás alkoholhasználók hozzátartozói számára, akik nem vesznek részt semmilyen kezelésben, segítséget jelenthet a *Community Reinforcement and Family Training* (CRAFT). [76] Ez a módszer a hozzátartozókkal foglalkozik csoportos vagy egyéni formában annak érdekében, hogy az ő viselkedésváltozásuk és életminőségük javítása révén a problémás alkoholhasználó családtag vállalja a kezelést.

A szociális terápiák leginkább az integrált terápiás rendszerekben tudnak hatékonyan működni (ahol egy intézményrendszeren belül működnek egészségügyi és szociális szolgáltatások), de ezek hálózati működtetése is hozhat hatékony ellátási formát. Az ilyen rendszerek szereplői az egészségügyi alapellátás mellett az addiktológiai szakrendelők és gondozók, illetve a szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásai (nappali ellátók, közösségi és alacsonyküszöbű szolgáltatások). [77]

### 2.3.4. Egyéb terápiák

A tanuláselméleten alapuló viselkedésterápiák alapja, hogy kondicionálási folyamatok során megerősítést nyer az alkoholfogyasztási viselkedés, és ezeket a folyamatokat kell az intervenció során felülrírni. Az ingerexpozíciós terápiák (*cue-exposure therapy*, CET) is ezen a folyamaton alapulnak. A módszer célja megküzdési módokat kialakítani az alkoholsóvárgás megszüntetéséhez a kondicionált ingerek semlegessé tételével. A beteg kontrollált körülmények között találkozik az alkohollal kapcsolatos ingerekkel, így képes megtapasztalni a sóvárgást egy olyan helyzetben, amikor nem lehetséges annak alkoholfogyasztással való enyhítése. Az alkohollal kapcsolatos ingerek bemutatása gyakran képek formájában valósul meg, de előfordul, hogy a betegeknek alkoholos italokat kell érintenie és/vagy szagolnia. Az első módszer ökológiai validitása megkérdőjelezhető, míg a második módszer etikai aggályokba ütközik, ráadásul a fogyasztási gyakoriságra gyakorolt hatása csekély [78]. Megoldás lehet a virtuális valóság alkalmazása. A virtuális valóság technológia lehetőséget ad arra, hogy a való élethez hasonló helyzeteket hozzunk létre, ezáltal növelve a CET eredményességét. Ehhez járul hozzá, hogy lehetőségünk van egyszerre többféle szenzoros ingerrel szembesíteni személyt, például az ital látványával, illatával, a kiöntés közbeni csobogás hangjával, a pohár vagy üveg megfogásával. Az alkoholhoz kapcsolódó ingereken kívül az emocionális és szociális aspektusát is tudjuk ingerelni a sóvárgás kialakulásának, például szociális interakciók létrehozásával. Ezáltal növekszik a kezelés való életben való hasznosításának lehetősége [79].

### 2.3.5. A terápiás kombinációk

Az alkohol használati zavarral, és általában az addiktológiai zavarokkal küzdő páciensek ellátásában a probléma multikauzalitásából fakadóan kiemelt kérdés a különböző terápiás módok kombinációjának kérdése. A kombináció hatása lehet véletlenszerű, azonos irányú, komplementer és akár ellentétes hatást kiváltó is. Az eltérő kezelési modalitások során különböző szemléletek jelenhetnek meg (például: gyógyszeres kezelés során a páciens passzivitása, szemben a pszichoterápiás szemléletben megjelenő aktív, saját gyógyulásáért felelős pácienssel), valamint kedveznek a játszmák kialakulásának. Emiatt kiemelten fontos a különböző kezelők közötti megfelelő, transzparens kommunikáció és a páciens ellátással kapcsolatos részletes tájékoztatása. A nem-gyógyszeres terápiák lehetőségeit a **4. számú táblázatban** (XI. fejezet, 1.3. táblázatok, 1.3.4. számú táblázat: Az alkoholdependencia nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho- és szocioterápiás intervenciók) foglaltuk össze.



### 3.1. Alkohol okozta megvonási szindróma – Elméleti háttér

Az AD-vel diagnosztizált páciensek több mint felénél betegségük lefolyása során rendszeresen kerül sor hospitalizációra alkohol okozta szindróma (AMSZ; F10.30), avagy alkoholmegvonás (6C40.40., DSM-5) miatt. Az AMSZ egy olyan potenciálisan életet veszélyeztető összetett kórkép, melynek kezelése belgyógyászati, neurológiai és pszichiátriai ismereteket igényel. Az AMSZ ellátása nem kizárólag pszichiátriai osztályokon történik. Az AMSZ előfordulása intenzív terápiás osztályokon közel 30%. A megvonási szindróma talaján 5-30%-ban megvonásos konvulzív rosszullét (mKR), 5%-ban delírium tremens (DT) alakul ki. Az mKR és a DT mortalitása 1-3%, illetve 5% [80].

Alapvetően az AMSZ a központi idegrendszer túlműködésével jellemezhető. A tünetek háttérében idegkémiai és idegéletteni szempontból a glutamát-okozta excitáció, a GABAerg hatás megszűnése, az excesszív adrenerg hatás, a HPA tengely túlműködése, továbbá a következményesen kialakuló dopaminerg és szerotonerg transzmisszió diszfunkciója áll. Ily módon neurokémiai szempontból az AMSZ jellegzetes tüneteit két nagyobb csoportra bonthatjuk. A pszichés és neurológiai tünetekre (szorongás, agitáció, tremor), melyeket elsősorban az intenzív glutamát hatás és a dopamin egyensúly felborulása magyaráz. Illetve a vegetatív idegrendszer túlműködésével járó tünetekre (tachycardia, vérnyomás emelkedés, hányinger, fejfájás), melyeket elsősorban a nagymértékű adrenerg hatás és a HPA tengely túlműködése magyaráz.

### 3.2. Alkohol okozta megvonási szindróma – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Az AMSZ tünetei az utolsó alkohol elfogyasztását követően megközelítőleg 8-24 órával jelennek meg. A szakirodalom egymástól eltérő módon rendszerezi a tünetek minősége és súlyossága szempontjából a megvonási szindrómát.

A nem-komplikált AMSZ esetén, mely az esetek közel 80%-t teszi ki, döntően enyhe-középsúlyos, fekvőbeteg ellátást nem igénylő megvonási tünetekről van szó, melyek közös jellemzője, hogy a mKR és a DT tünetei nincsenek jelen. Míg komplikált AMSZ-ről beszélhetünk abban az esetben, ha a mKR és/vagy DT tünetei is jelen vannak.

A nem-komplikált és komplikált klasszifikáció mellett, amennyiben a megvonási szindrómát tüneti spektrumként írjuk le, érdemes megemlíteni azt az elképzelést, miszerint míg az enyhe és közepesen súlyos fokú megvonás nem jelent veszélyt az mKR és a DT kialakulására vonatkozóan, a súlyos fokú AMSZ egyértelmű rizikófaktora a DT, illetve az mKR kialakulásának, sőt az is feltételezhető, hogy a megvonási tünetcsoport legsúlyosabb formájának a delírium szindróma tekinthető. Mindenesetre az erre vonatkozó megbízható szakirodalmi adatok egyértelműen felhívják a figyelmet az mKR és DT rizikófaktorainak kiemelt fontosságára az AMSZ ellátása során.

A szorongás, a hányinger és hányás és a tremor az első és leggyakoribb tünetei a megvonási szindrómának. Az AMSZ súlyosbodásával egyrészt olyan vegetatív hiperaktivitással járó tünetek jelennek meg, mint a vérnyomás-emelkedés, tachycardia, hányinger, fejfájás, intenzív verejtékezés, másrészt a KIR intenzív izgalmi állapota miatt súlyos fokú szorongás és pszichomotoros agitáció.

Az enyhe AMSZ esetén a tünetek általában kezelés nélkül 5-7 nap alatt lezajlanak. A közepesen súlyos fokú és súlyos fokú megvonási szindróma esetén intervencióra van szükség. A megvonási tünetek felismerésére az alapvető pszichés, neurológiai és belszervi vizsgálatok mellett rendelkezésre áll az Alkohol Megvonási Skála (AMS) [81, 82]. Az eredeti verzió, a Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar) a kilencvenes évek óta a különböző szakmai irányelvek részét képezi. A 10 tételes skála az alapvető tüneteket méri, a maximális pontszám 67, ahol 7 pont felett intervencióra van szükség. Az AMS nem kizárólag a megvonási tünetek felismerésére, a tünetek nyomonkövetésére is alkalmas. Az AMS mellett érdemes annak felismerése is, hogy a páciens milyen rizikóval rendelkezik súlyos fokú megvonási tünetek, komplikált megvonási szindróma kialakulására vonatkozóan. Erre alkalmas Maldonado és munkatársai által kifejlesztett skála a Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) [83].

#### Ajánlás10

**Az AMSZ felismerését és a súlyosság rizikó beclését követően a terápia során az AMS alkalmazható, annyi kiegészítéssel, hogy tekintettel a bázisterápiát képező benzodiazepinek szedatív mellékhatásaira érdemes a szedáció mértékének nyomon követése, melyre a Richmond Agitáció Szedáció Skála (RASS) [84] alkalmas. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)**

Az AMSZ alapvető tüneteit az **5. számú táblázatban** (XI. fejezet, 1.3. táblázat, 1.3.5. számú táblázat: A komplikált és nem komplikált Alkohol Megvonási Szindróma tünettana) foglaltuk össze.

### 3.3. Alkohol okozta megvonási szindróma – Terápia

A megvonási szindróma gyógyszeres kezelése két módon történhet: fix-dózisú, illetve tünetközpontú séma alapján. A fix-dózisú terápia egy előre meghatározott dózisú gyógyszert választ a kezelés alapjának, melyet kisebb dózisokban csökkent.

Míg a tünetközpontú terápia lényege, hogy a páciens az észlelt tünetek súlyosságának megfelelő gyógyszeres kezelésben részesül és a terápia szükségessége meghatározott időközönként elbírálásra kerül. Ebből adódóan a tünetközpontú séma alkalmazásához szükség van olyan eszközökre, melyekkel a páciens tünetei objektívizálhatóak, így biztosítva a szindróma lefolyásának biztonságos után követését. Ebben nyújt segítséget a fentebb említett AMS és a RASS.

A megvonási szindróma bázisterápiájának a benzodiazepinek tekinthetőek (BDZ) a potens GABA-A agonista hatásuk miatt. A BDZ-k heterogén csoportjából megvonási szindrómában a hosszú felezési idővel és aktív metabolitokkal bíró diazepam és chlórdiazepoxid, továbbá a rövidebb felezési idővel rendelkező lorazepam és oxazepam emelendő ki, de alkalmazhatunk alprazolamot (ennek akár lassan felszívódó SR formáit is), valamint clonazepam-ot is. Az egyes BDZ-k közötti különbségek, ha nem is tekinthetőek számottevőnek, bizonyos speciális alkalmazási különbségek fellelhetőek közöttük. A hosszú felezési idejű szerek esetén megjegyzendő a szedatív mellékhatások gyakoribb előfordulása, a diazepam preferált választásnak tekinthető olyan páciensek esetén, akiknek az kórelőzményükben DT előfordul, illetve a megvonási szindróma kezdeti szakaszában mKR. Míg a rövidebb felezési idővel rendelkező szerek előnyt élveznek olyan páciensek esetén, akiknél májbetegség, továbbá DT áll fenn. Mindezek alapján az ellátási séma kialakítása során elsődlegesen a májbetegség fennállására és a DT kockázatára kell figyelemmel lenni. A BDZ-ek mellett, főként DT fennállása esetén a propofol és a fenobarbitál alkalmazása is felmerülhet intenzív osztályon kezelés alatt álló, intubált páciensek esetén. Amennyiben periorálisan BDZ nem adagolható, úgy értelemszerűen elsősorban diazepam, amennyiben az elérhető, lorazepam és az előbbieket hiányában pedig midazolam is adható, ugyanakkor ultrarövid felezési idejére tekintettel ebben az esetben a tünet-központú terápiás séma elveit mindenféleképpen szükséges alkalmazni.

A BDZ terápia mellett, amennyiben kontraindikáció (BDZ ko-dependencia) miatt az nem alkalmazható, nem-BDZ típusú terápia is szóba jön.

Az antiepileptikumok közül a fenitoin alkalmazása széles körben elterjedt, elsősorban az mKR megelőzésében, továbbá meggyőző adatok állnak rendelkezésre annak hatásosságára vonatkozóan. Az antiepileptikumok közül a karbamazepin (CBZ) és az oxcarbamazepin (OXC) emelendő ki, melyeknek pozitív hatása lehet az enyhe-mérsékelt megvonási tünetek csökkentésére vonatkozóan. Az antiepileptikumok mellett tekintettel az excesszív adrenerg hatásra, felmerül az alfa-2 adrenerg receptor agonista szerek, mint a clonidin és a dexmedetomidin alkalmazásának lehetősége (klonidin, dexmetomidin).

Az antipszichotikumok alkalmazásának hatásosságára vonatkozóan megvonási szindrómában nem áll rendelkezésünkre szakirodalmi adat. A fenotiazinok és butirofenonok alkalmazása kontraindikálnak tekinthető AMSZ-ban, tekintettel ezen szerek görcsküszöb csökkentő hatására.

A korábbiakban javasolt, és alkalmazott diuretikumok alkalmazásának szükségességére és azok a megvonási tünetekre gyakorolt jótékony hatására vonatkozóan nem áll rendelkezésre adat, így azok alkalmazása szükségtelen, sőt egyes diuretikumok (például: spironolakton) alkalmazása mellékhatásai miatt rendkívüli veszélyt hordoz magában.

DT tüneteinek észlelése során a BDZ terápia folytatása javasolt elsődlegesen a fentebb említett kikötéssel, miszerint elsősorban a diazepam és a lorazepam alkalmazása a legbiztonságosabb. MKR esetén antiepileptikus terápia alkalmazása szükségtelen, kivéve, ha annak indikációja nem a megvonási szindróma tüneteinek csökkentése.

Összefoglalva elmondható, hogy a megvonási szindróma kezelésében az elsődlegesen választandó szereknek a BDZ-k tekinthetőek, másodvonabeli szerekként tekinthetünk a propofolra és a fenobarbitálra, míg harmadvonabeli választásnak tekinthetőek az antiepileptikumok és az alfa-2-receptor agonisták. Antipszichotikus medikáció alkalmazása megvonási szindrómában relatív kontraindikációnak tekinthető, diuretikumok alkalmazása szükségtelen, míg etil-alkohol alkalmazása kontraindikált. Az egyes farmakonok alkalmazási lehetőségei a **6. számú táblázatban** (XI. melléklet, 1.3. táblázatok, 1.3.6. számú táblázat: Az Alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerek indikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével) láthatóak [80, 85].

Az AMSZ ellátásának algoritmását a **4. számú** ábrán foglaltuk össze. (XI. Mellékletek, 1.4. Algoritmusok, 1.4.1. számú ábra: Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmus).

#### 4.1. Alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal – Elméleti háttér

Az alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal (F.10.40), avagy az alkohol-indukálta delírium (6C40.50), másnéven delírium tremens (DT) a delírium szindrómáknak azon típusa, mely AMSZ talaján alakul ki. A megvonási szindrómában bekövetkező neurális változások, melyek delírium esetén elsődlegesen a dopaminerg és a noradrenerg rendszerek egyensúlyának felborulására vezethetők vissza, másodlagosan kialakuló összetett neurális működészavart hoznak létre, mely a tudat vigilitásának, integritásának felborulásához vezet. Ily módon sérül megváltozik a figyelem, a koncentráció, az orientáció, a memória funkciók, tévely észlelések – döntően vizuális és taktilis –, továbbá delúziók alakulhatnak ki. Ezt az akut pszichoszindrómát hívjuk DT-nek, melyben a delírium szindróma klasszikus neuropszichátriai tünetei mellett a súlyos fokú megvonási szindróma tünetei is fennállnak. Itt hangsúlyos kiemelni, hogy az AMSZ tünetei közül főképp a glutamaterg, noradrenerg és a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely túlműködésével magyarázható tünetek dominálnak – autonóm működések diszfunkciója.

A DT előfordulása 5–20% közötti, mortalitása az optimális terápia mellett is elérheti az 5%-ot.

#### 4.2. Alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

##### Ajánlás<sup>11</sup>

**Diagnosztikai szempontból terápiás konzekvenciák miatt érdemes hangsúlyozni, hogy rendkívül fontos a kialakult delírium szindróma okának azonosítása. A delírium szindróma kulcs tüneteinek (figyelem és tudatosság zavara; memóriadeficit, dezorientáció, vizuospaciólis vagy percepció zavara) fennállása mellett DT esetén az AMSZ diagnosztikai kritériumainak is fenn kell állnia. Habár az AMSZ lefolyása során nem kizárólagos annak súlyosbodásával a DT kialakulása, de megvonási szindróma nélkül DT nem alakul ki. A DT kockázatbecslése AMSZ-szal diagnosztizált páciensek esetén kulcsfontosságú. Erre segítségünkre van a megvonási szindróma kezdetén alkalmazott a korábbiakban tárgyalt PAWSS skála, mely a komplikált (DT és/ vagy mKR) megvonási szindróma kialakulásának lehetőségét jelzi, továbbá az elmúlt évtizedben számos közlemény igazolta a DT markáns prediktorait, melyet a 7. számú táblázatban (XI. Melléklet, 1.3.7. számú táblázat: A delírium tremens főbb kockázati tényezői) foglaltunk össze [82, 86, 87]. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

#### 4.3. Alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal – Terápia

A szakmai konszenzus értelmében az AMSZ-hoz potenciálisan társuló DT feltárása az első 6-72 órában válik leginkább lehetségessé [82]. A DT az esetek többségében az AMSZ korai tüneteinek megjelenésétől számított 3 napon belül jelentkezik. A megfelelő terápia kiválasztása előtt szükséges a tünetek háttérében álló egyéb potenciális tényezők azonosítása/kizárása, ideértve a különböző fertőzéseket (például: agyhártyagyulladás, agyvelőgyulladás), traumákat (például: koponyaűri vérzés), a cerebrovaszkuláris háttérrel, a potenciális súlyos alváshiányt vagy az antikonvulzívumok szedésével kapcsolatos compliance hiányát. A DT megelőzésének legjobb megközelítése a már fennálló medikális problémák és megvonási szindrómák azonosítása és akut kezelése. Az AMSZ-hoz társuló DT fő kezelési céljai az agitáció kontrollálása, a rohamok kockázatának csökkentése, valamint a sérülés és a mortalitás kockázatának csökkentése a következő módszerek alkalmazásával, illetve az alábbi szempontok figyelembevételével történik [16]:

- A terápia fekvőbeteg-ellátás keretein belül, lehetőleg intenzív osztályon történik
- Az elektrolitok, a hasnyálmirigy enzimek, a hematokrit és a vérlemezkeszám monitorozása mellett javallott májfunkciós vizsgálatok elvégzése
- A vitális jelek gyakori ellenőrzése (15-30 percenként) nyugodt, megfelelően megvilágított helyiségben történik
- A beteg időbeli és térbeli orientációjának korrigálása folytatólagosan, a beteg aktuális tudatállapotának monitorozása mellett zajlik
- Intravénás tiamin adagolása 500 mg-os dózisban naponta egyszer vagy kétszer, 3 napon keresztül, a potenciális túlhidrátáltság kockázatának tartós kontrollja mellett
- Az agitáció csökkentése, az alvás elősegítése, valamint a roham kialakulási kockázatának csökkentése érdekében farmakoterápiás beavatkozás lehet szükséges. Az elsődlegesen javasolt farmakoterápia benzodiazepinek alkalmazását jelenti, lehetőleg intravénásan, elég nagy dózisban ahhoz, hogy a beteg enyhén szedált, de még

ébredhető állapotban maradjon, miközben életjeleit a delírium megszűnéséig (kb. 3 nap) figyelemmel kell kísérni. Az első napon a dózis a céltünetek kontrollja érdekében szükséges mennyiség beállítását jelenti (például: 15 mg diazepam). Ehhez részletesebb támpontokat a következőkben felsorolt javaslatok nyújtanak:

- A kezelés megkezdése 5 mg intravénás dózissal (2.5 mg/perc)
- Szükség esetén 10 perc múlva ennek megismétlése
- Amennyiben szükséges, további 10 perc elteltével még 10mg beadása intravénásan
- Ha továbbra is szükséges, még 10 perc elteltével újabb 10 mg adminisztrációja
- Ezt követően, amennyiben még mindig szükséges a diazepam adagolása, 10 perc elteltével 20 mg beadása
- Majd szükség szerint folytatni az adagolást óránként 5-20 mg beadásával
- A benzodiazepinek mellett kiegészítő gyógyszerek alkalmazása lehet indokolt, például antipszichotikum (például: haloperidol) adása kontrollálatlan, agitált viselkedés vagy hallucinációk jelentkezése esetén (0.5-5.0 mg intravénásan vagy súlyos agitáció vagy hallucináció esetén intramuszkulárisan 30-60 percenként – a dózis nem haladhatja meg a 20 mg-ot; vagy 0.5-5.0 mg szájon át 4 óránként 30 mg-ig)

### Ajánlás12

**Összességében elmondható, hogy a DT kezelése ugyan történhet akut pszichiátriai/addiktológiai osztályon, de tekintettel a magas mortalitásra, a prompt fellépő intenzív terápiás beavatkozást is szükségessé tevő szövődmények kialakulására (például malignus aritmia) a magas kockázatú páciensek (klinikailag szignifikáns szomatikus társbetegség fennállása) kezelésének intenzív terápiás osztályon vagy akut belgyógyászati osztályon kell, hogy történjen. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

Pszichofarmakológiai szempontból, amennyiben bizonyos az AMSZ, mint kóroki tényező szerepe, a BDZ terápia folytatása javasolt – szignifikáns megvonási tünetek hiányában a BDZ terápia a delírium szindróma tüneteit ronthatja –, figyelemmel annak szedatív hatására, továbbá a kialakult agitáció, tévely észlelések és delúziók miatt antipszichotikus terápia bevezetése javasolt. A haloperidol és az olanzapin terápia hatásossága kiemelendő. Emellett választható szer lehet a tiaprid, a riszperidon és a kvetiapin.

A pszichofarmakoterápia mellett a páciens szoros obszervációja, monitorozása, az elektorilit- és folyadékháztartás kontrollja és rendezése kulcsfontosságú.

## 5.1. Alkohol okozta pszichotikus zavarok – Elméleti háttér

Az alkohol okozta pszichotikus zavarok (APZ), melyeket a szakirodalom gyakran „alkoholos hallucinózis”-ként említ, olyan kórképek összefoglaló neve, melyek pszichotikus tünetekkel (például: hallucinációk, delúziók, dezorganizált gondolkodás vagy beszéd) járnak és alkoholos intoxikáció vagy megvonás alatt és után jelentkeznek. Az ICD-11 klasszifikációs rendszer alapján négy formája különíthető el a kórképnek a domináns pszichotikus tünet alapján (APZ hallucinációkkal, delúziókkal, kombinált pszichotikus tünetekkel továbbá a nem-specifikált forma). A kórképek hátterében álló patofiziológiai folyamatok részleteiben ugyan nem ismertek, de feltételezhetően az arra érzékeny egyének esetén az alkoholhatás, illetve megvonás során a dopaminerg és a glutamaterg rendszer felborulása okozza a tüneteket.

## 5.2. Alkohol okozta pszichotikus zavarok – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Az APZ-ék diagnózisa elsődlegesen klinikai diagnózis, ahol különös figyelemmel kell lenni a páciens kórtörténetére az egyéb, fennálló mentális betegségek (szkizofrénia, hangulatzavarok) kizárása miatt. A diagnózis lényeges eleme, hogy a pszichotikus tünetek megjelenésének összefüggősben kell lenniük az alkoholhasználattal vagy az alkohol megvonással és legalább 1 hónapig fenn kell, hogy álljanak ezt követően.

## 5.3. Alkohol okozta pszichotikus zavarok – Terápia

Az APZ-ék esetén specifikus terápiára vonatkozóan heterogén adatok állnak csak rendelkezésre. Ugyanakkor az elmondható, hogy elsősorban a szer-indukálta pszichózisokra vonatkozó elveket kell követni. A pszichotikus tünetek csökkentésére második generációs antipszichotikumok alkalmazandóak. Az első generációs, továbbá az erőteljes dopamin 2-es receptort befolyásoló antipszichotikumok alkalmazása AD-vel diagnosztizált páciensek esetén kerülendő, annak potenciális drog-kereső magatartást fokozó mellékhatásuk miatt. AD fennállására vonatkozóan a diagnosztikai elvek szerint kell eljárni. Mindemellett, amennyiben AD diagnózisának lehetősége felvetődik, az adott fejezetben tárgyaltak szerint kell eljárni [88, 89].

### 6.1. Wernicke-enkefalopátia – Elméleti háttér

A Wernicke-enkefalopátia (WE) hasonlóan a Korsakoff-szindrómához a tiaminhiánytalaján kialakuló neuropszichiátriai kórképek. A tiamin kulcsfontosságú ko-faktora számos metabolikus folyamatban résztvevő enzimnek, úgy, mint a transzketoláznak, az alfa-ketoglutarát dehidrogenáznak és a piruvát dehidrogenáznak. Az említett enzimek alulműködése olyan toxikus köztes termékek felszabadulásához vezet, melyekre az agy bizonyos régiói rendkívül érzékenyek és ezen agyi területek (cerebellum, corpus mamillare, III. és IV. agykamrák circumventriculáris régiói) léziói vezetnek a jellegzetes tünetek kialakulásához, melyek WE esetén akután, míg Korsakoff-szindróma esetén krónikus, irreverzibilis formában jelentkeznek. A tiaminhiánynak az oka számos más betegség is lehet, de leggyakrabban AD-vel diagnosztizált páciens esetében találkozunk vele [90].

### 6.2. Wernicke-enkefalopátia – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

A WE diagnózisa elsődlegesen klinikai diagnózis. Az AD diagnózisa és a kulcs tünetek, mint a végtagi ataxia, az oftalmoplégia továbbá a pszichés tünetek (dezorientáció, figyelem és koncentráció zavara) fennállása a diagnózis felállításához elegendő. A tiaminra adott pozitív válaszreakáció szintúgy megerősíti a diagnózist. Differenciáldiagnosztikai szempontból az akut ataxia és a delírium szindróma fennállását kell kizárni [90].

### 6.3. Wernicke-enkefalopátia – Terápia

A WE terápiája a tiamin pótlására támaszkodik. WE esetében napi 500 mg tiamin alkalmazandó 3-5 napig, majd napi 250 mg további 5 napon keresztül, parenterálisan. WE kockázati csoportba tartozó páciensek esetén is javasolt tiamin alkalmazása, annak biztonságossága miatt. Alacsony kockázati csoportban (májbetegség fennállása, nem-komplikált, de kezelést igénylő AMSZ során) periorális úton napi 300 mg tiamin alkalmazható. Magas kockázati csoportban (májelégtelenség, alultápláltság, komplikált AMSZ során napi 300 mg tiamin alkalmazása javasolt parenterális (intramuszkuláris vagy lassú infúzió) formájában [91]. Az elérhető szisztematikus áttekintő tanulmányok [92] az AD-vel, illetve AMSZ-el küzdő kliensek esetén limitált eredményességet határoztak meg az olyan dietetikai beavatkozások esetén, mint a tiamin, a multivitaminok, az aminosavak, a magnézium vagy a probiotikumok pótlása, igaz, ennek egyebek mellett az áttekintett tanulmányok eltérő módszertanából adódó okai is voltak. A jövőben így szükséges volna a dietetika alkoholológia terén mutatott potenciális lehetőségeinek bővebb feltérképezése.

### 7.1. Korsakoff-szindróma – Elméleti háttér

A Korsakoff-szindróma (KSZ) a WE késői manifesztációjának tekinthető döntően a pszichiátriai tünetek túlsúlyával. Háttérben a krónikus tiaminhiány áll a WE (6.1.1.) fejezetben említett patomechanizmussal, kiemelve a corpus mamillare érintettségét, mely a Papez-gyűrű megszakadásával és a memória funkciók felborulásának dominanciájával jellemezhető.

### 7.2. Korsakoff szindróma – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

A KSZ esetén is fennáll a WE esetén említett diagnosztikai elv, miszerint a diagnózis elsődlegesen klinikai diagnózis. Az AD diagnózisa és a kulcs tünetek, mint a retrográd, az anterográd amnézia, a konfabuláció (mely nem minden esetben áll fenn), a szenzoros feldolgozás zavara továbbá az affektus kiüresedése, fennállása a diagnózis felállításához elegendő [93]. Tekintettel a KSZ-ben észlelhető domináló kognitív deficit tünetekre, differenciáldiagnosztikai szempontból az egyes demenciák fennállása kiemelő. Az egyes neuropszichológiai tesztek (MMT, AKV) elvégzése segítséget nyújt a diagnózis felállításában.

### 7.3. Korsakoff szindróma – Terápia

A WE esetén részletezett korai beavatkozás segítséget nyújt a KSZ kialakulásának megelőzésében, ugyanakkor fennállása esetén, tekintettel a kórállapot irreverzibilis jellegére a terápia elsődlegesen a társuló és aktív pszichés tünetek mérséklésére korlátozódik. Továbbá a KSZ-ben szenvedő páciensek esetén a szociális szféra szerepét kell kiemelni.

## 8. Speciális populációk kezelése

### 8.1. Alkoholhasználat várandósság alatt

A várandósság alatti alkoholfogyasztás összetett probléma, mely szociális, társadalmi és egészségügyi tényezőket is magába foglal. Az alkohol könnyen átjut a placentán, és a magzati vér alkoholszintje megközelíti az anyai szintet az anyai bevételt követő 2 órán belül. Az alkohol ismert teratogén, amely hatással lehet a magzat növekedésére és fejlődésére a terhesség minden szakaszában [94]. Világszerte a teljes népességben körülbelül a nők 10%-a fogyaszt alkoholt a terhessége során. A terhesség alatti alkoholfogyasztás átlagos prevalenciája a WHO országai közül az európai országokban a legmagasabb, 25,2% (95% CI 21,6–29,6). A terhesség alatti alkoholfogyasztás globális prevalenciája az általános populációban 9,8% (8,9–11,1), Magyarországon 25–35% közötti értékre tehető [95]. A magzati alkohol szindróma prevalenciája szintén az európai országokban a legmagasabb (37,4/10 000 fő, 95% CI 24,7–54,2). A globális prevalenciája a lakosság körében a becslések szerint 14,6/10 000 fő (95% CI 9,4–23,3), Magyarországon körülbelül 40-50/10000 fő-re tehető ez a szám [95]. A különböző irányelvek vegyes információval szolgálnak a terhesség alatti kismértékű alkoholfogyasztás káros hatásaival kapcsolatban, illetve jelenleg nincs bizonyítékokkal alátámasztott ajánlás a biztonságos alkohol mennyiségére sem, valamint azzal kapcsolatban sem, hogy a terhesség mely szakaszában milyen káros hatásokkal számolhatunk. A terhesség alatti kismértékű alkoholfogyasztás magzatra gyakorolt hatásával kapcsolatban korlátozott számú prospektív tanulmány érhető el. Egyes vizsgálatok alapján a kismértékű alkoholfogyasztás (32g/hét) 10%-kal növeli a koraszülés kockázatát (95%-os CI 0,95-1,28) [96].

#### Ajánlás13

**A magzati alkohol szindrómával kapcsolatos NICE irányelv [97] a prevencióra, a várandósság alatti állapotfelmérésre és intervenciók tervre is kitér. Ezek alapján a várandós nőket már a szülést megelőző tanácsadások során fontos részletesen kikérdezni várandósság alatti alkoholfogyasztási szokásaikról, a védőnővel folytatott konzultációk alkalmával érdemes kitérni a várandósság alatti alkoholfogyasztás kockázataira, valamint biztosítani, hogy az érintett nők további tájékoztatást igényelhessenek. A konzultációk során nyert információkat, beleértve az alkoholfogyasztást is, a szülési nyilvántartásban szükséges dokumentálni. Már a terhesség tervezésének szakaszában ajánlott tehát a páciens alkoholfogyasztási szokásainak felmérése a standardizált tesztek (például: AUDIT) segítségével a vele kapcsolatba kerülő egészségügyi személyzet által. Érdemes azonban szem előtt tartani azokat a tényezőket, melyek befolyásolhatják a válaszadási hajlandóságot (például: szegény, büntudat, felügyeleti jog elvesztésétől való félelem, társas támogatottság hiánya, nagyfokú társadalmi megbélyegzettség), így egy biztonságos, elfogadó környezet kialakítása szükségszerű. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

A pszichoszociális beavatkozások, így a rövid, egyénre szabott pszichoedukációval ötvözött eljárások ajánlottak. Céljuk megszüntetni, vagy csökkenteni a kockázatos alkoholfogyasztást. Három komponenst tartalmaznak: Figyelemfelkeltés: a kockázatok tisztázásával és a változásra való készség felmérése 1. Tanácsadás és a problémás alkoholfogyasztás csökkentésére és megszüntetésére irányuló stratégiák kialakítása 2. Énerősítés, a viselkedésváltozás támogatása, célkitűzésekben való segítségnyújtás és esetleges továbbírányítás 3. Kutatási adatok bizonyítják, hogy a terhességet követően nagy a korábbi alkoholfogyasztási szintre való visszatérés aránya, mely szintén a kezelés fókuszába állítandó.

Ajánlott a populáció egyéni igényeire szabott csoportos kezelések (ambuláns vagy akár bentlakásos) alkalmazása, mely a társadalmi elszigeteltség csökkenésével, a sorstársak általi támogatottsággal jár együtt és támogatja a józanság kialakítását [98].

### 8.2. Fiatal felnőttek problémás alkohol használata

#### Ajánlás14

**Fiatal felnőttek rizikós alkoholfogyasztása esetén a rövid, akár egyszeri intervencióknak is igazolt sikeressége lehet a kicsapongó vagy kontrollvesztéssel járó alkoholfogyasztás csökkentésében [99], különösen akkor, amikor a motivációs interjú technikáit is beépítjük az intervencióba [100]. Akár egyetlen ülésben alkalmazott, alacsony költségvetést igénylő motivációs interjú, döntési mérlegelés és célkitűzési intervencióinak hatása egy éven át is igazolható nagyívó fiatal felnőttek esetében [101]. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)**

Ugyanakkor a szűrőeszközök használata (például: AUDIT) ebben a populációban nem tűnik hatékony bejósoló eszköznek a tekintetben, hogy kit célozzanak meg a rövid intervenciók [102]. Ráadásul az alapellátásban zajló

rövid intervenciók hosszútávú hatékonysága (1 év) csak férfiaknál igazolt, és az intervenció hosszának növelése csak kismértékben járul hozzá a hatékonysághoz [103].

### 8.3. További, speciális szükségletű alpopulációk

#### Ajánlás15

A kezelés során mindenképpen szem előtt kell tartani azokat a speciális igényeket, melyek például traumatizált (traumainformált szemlélet) vagy transzgender pácienseknél, illetve az LMBTQ+ közösség tagjainál (affirmatív szemlélet) merülnek fel. Az LMBTQ+ személyeket érő hatások (például: internalizált homofóbia, kisebbségi stressz) fokozott kockázati tényezőt jelentenek a szerhasználati zavarok kialakulását illetően. A gender és szexuális kisebbségekhez tartozó személyek nagyobb valószínűséggel nagyivók vagy alkoholfüggők a heteroszexuális és ciszgender populációhoz viszonyítva, kifejezetten a nem ciszgender, heteroszexuális nők képeznek rizikócsoportot. A kezelés során a populációt érő speciális stresszorok figyelembevétele ajánlott [104]. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

#### Ajánlás16

Szintén ehelyütt említhető az AD kezelésének gender szempontú megközelítése, mely lényegi különbségeket feltételez a női és férfi alkoholbetegség etiológiájában, tünetexpressziójában, valamint terápiás jellemzőiben egyaránt. A Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), felismerve az AD-ban szenvedő nők egyedi kezelési szükségleteit, bizonyítékokon alapuló irányelveket publikált a nők gender szemléletű kezelését illetően [105]. Ezen ajánlások között szerepel a kliensek kulturális kompetenciájának fejlesztése (például: AD tüneteinek szociodemográfiai háttere); a szakemberek érzékenyítése annak érdekében, hogy megértsék a nők életük során, számos területen betöltött gondozói szerep kapcsolataira gyakorolt egyedi hatásait; az AD-ban szenvedő nőket érintő fokozott társadalmi megbélyegzés tudatosítása; a trauma-informált megközelítés fontosságának hangsúlyozása női kliensek esetén. A SAMHSA irányelvek a női alkoholprobléma komplex kezelésében nem csak a klinikumban dolgozó szakemberek és szolgáltatások (például: szűrés, intervenció), de a támogató szolgáltatások (például: szülők „nevelése”/edukációja; munkahelyi képzések), valamint a közösségi szupportív szolgáltatások (például: gyermekgondozás- és szállítás) szerepét is kiemelik. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

## VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

### 1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

#### 1.1. Ellátók kompetenciája (például: licenc, akkreditáció stb.), kapacitása

Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazása a legtöbb felsorolt ajánlás esetén addiktológus pszichiáter szakorvosi kompetenciakörbe tartozik, ily módon szakvizsgálathoz kötött. A további ajánlások (például: pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás feladatok) klinikai szakpszichológusi, illetve pszichoterápiás szakvizsgálathoz köthetőek. Az egészségügyi szakmai irányelv egyes ajánlásai továbbá alkalmazandók mind az alapellátásban, mind az intézményi ellátás (ambuláns- és fekvőbeteg-ellátás) keretein belül.

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

A felsorolt, szűréssel, állapotfelméréssel és diagnosztikai teendőkkel kapcsolatos tevékenységekhez szükséges szűrőtesztek és félig strukturált interjúk elérhetőek (ezek egy részét jelen egészségügyi szakmai irányelv függeléké is tartalmazza). A betegek vizsgálatához és a terápiás munkához nyugodt, zavartalan környezet biztosítása szükséges (például iroda). A betegek hatékony továbbirányítása elsődlegesen az ellátóhelyek közötti aktív kommunikáció által biztosítható.

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

Az egészségügyi szakmai irányelv felnőtt, AD-val érintett populáció ellátására vonatkozik. A terápia fontos része a pszichoedukáció, vagyis a beteg saját egészségügyi állapotával és addikciójával kapcsolatos információk mélyítése, az esetleges tévhitek feloszlatása.

#### 1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltétel nincs.

## 2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

### 2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Az egyes addiktológiai ellátóhelyek saját tevékenységi körébe tartozik az esetleges betegtájékoztatók és további, pszichoedukációs oktatási anyagok betegek számára történő biztosítása.

### 2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

A fentiekben említett szűrőtesztek és félig strukturált interjúk nem csak az állapotfelmérésben és a kezelési célok meghatározásában, de az ellátás során bekövetkező potenciális változások monitorozása céljából is alkalmazhatóak.

### 2.3. Táblázatok

1. számú táblázat: A véralkoholszinttel összefüggésben megfigyelhető, jellemző klinikai tünetek alkoholintoxikáció esetén [16]
2. számú táblázat: Az alkoholhasználati zavar DSM-5 alapú tünetei [20]
3. számú. táblázat: Az alkoholdependencia farmakoterápiájában használt gyógyszerek, illetve azok alkalmazásának kontraindikációi
4. számú táblázat: Az alkoholdependencia nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho-és szocioterápiás intervenciók
5. számú táblázat: A komplikált és nem-komplikált Alkohol Megvonási Szindróma tünettana
6. számú táblázat: Az Alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerekindikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével [79, 84]
7. számú táblázat: A delirium tremens főbb kockázati tényezői [86]

### 2.4. Algoritmusok

1. számú ábra: Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmus
2. számú ábra: Szűrési és intervenció algoritmus az alkoholhasználati zavar alapellátásban történő korai felismerésére és addiktológiai ellátás felé történő továbbirányítási indikációira vonatkozóan [17]
3. számú ábra: Az alkohol okozta dependencia diagnosztikai algoritmus
4. számú ábra: Az alkohol okozta megvonási szindróma ellátásának algoritmus

### 2.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.

## 3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

**Az alkoholos intoxikáció terápiaja, amennyiben egészségügyi keretek között szükséges a sürgősségi ellátás hatókörébe tartozik. Ugyanakkor a detoxikálást követően, illetve bizonyos esetekben a detoxikálás alatt pszichiátriai beavatkozásra szükség lehet.**

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

**A betegutak felülvizsgálata, annak megállapítására, hogy milyen mértékben történik a betegtovábbítás a sürgősségi ellátás területéről (a detoxikálást követően) a pszichiátriai/addiktológiai ellátás irányába.**

**Ajánlás3: A klinikai interjúnak a páciens alkoholhoz való viszonyára, az alkoholhasználattal kapcsolatban megjelenő problémáira, az egyes társuló pszichés vagy belszervi/neurológiai tüneteinek feltárására és amennyiben elérhető a heteroanamnézisre kell támaszkodnia (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

**Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az addiktológiai ellátás keretein belül kezelt, AHZ-al diagnosztizált kliensek egyidejű belgyógyászati/neurológiai kivizsgálása.**

**Ajánlás7: Egyéb antipszichotikumoknak, mint például a tiapridnek, a kvetiapinnek a hatásossága AD-ben nem bizonyított, így alkalmazásuk indikáció hiányában kerülendő.**

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

**Az ajánlás szerint, indikáció hiányában kerülendő gyógyszerek ajánlás ellenére történő felírásának monitorozása (például: EESZT rendszerben).**



**Az AHZ mellett potenciálisan fennálló komorbid pszichopatológiai állapotok eredményes szűréséhez jelen egészségügyi irányelv számos validált mérőeszközt sorol fel.**

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

**Annak felülvizsgálata, hogy 1. az adott kezelőhelyeken, illetve 2. összességében magyar nyelven elérhetőek-e az egészségügyi szakmai irányelvben felsorolt, javasolt szűrőtesztek****Kimeneti indikátorok**

A fennálló, AD-hoz köthető problémák és tünetek megszűnése vagy jelentős enyhülése, ideértve a társadalmi, (re) szocializációs eredményesség mutatóit is. Az eredményesség részterületei között említhetjük a családi kapcsolatokat, a különböző közösségekbe (például: munkahelyi, felsőoktatási) való beilleszkedést, potenciálisan az először vagy újra munkába állást és a munkahely megtartását, a mindennapi önállóság szintjének javulását, a személyes közérzet és életminőség pozitív változásait, a társas környezetre való hatás pozitív irányú változásait.

Az eredményesség mérése/becslése személyre szabott módon, az érintett egyéni képességeinek, kompetenciáinak, a fennálló AD súlyosságának és a társuló problémák mértékének mindenkori figyelembevételével történik.

**Minőségi indikátorok**

a) Számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető mutatók:

Az ellátórendszer által dokumentált, AD-vel diagnosztizált betegek között:

Az egyéni igényeknek megfelelő terápiás, valamint pszichoszociális ellátásban ténylegesen részesülők aránya

Megfelelő oktatási, valamint szociális elhelyezések aránya

Az ellátás hatékonyságának mutatói: tünetsúlyosság, absztinens időszakok hosszúsága, társuló pszichiátriai tünetek alakulása

A relapszust mutató, kezelésbe visszakerülő betegek aránya

Az akut ellátásra szorulókat (például: sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai kezelés stb.) aránya

b) Ellátás különböző szinterein vizsgált indikátorok

- Az AD-val összefüggő tevékenységekkel eltöltött idő változása,
- Pszichoaktív gyógyszerek szükségessége, potenciális elhagyása,
- Életminőség változásának nyomon követése szülők, családtagok és az érintett kikerdezésével,
- Az addikciós tünetek súlyosságának alakulása standardizált mérőeszközök segítségével.

**VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE**

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejártá előtti fél évvel kezdődik el. Jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata és kiegészítése az adaptált nemzetközi irányelvek aktualizálása, frissítése esetén, valamint a hazai alkoholprobléma felmérését célzó, reprezentatív mintás epidemiológiai vizsgálatok újabb eredményei ismeretében válhat szükségessé. Szintén ilyen tényezőként nevesíthető a hazai ellátórendszerben potenciálisan bekövetkező jelentősebb változás, valamint a jogszabályi háttért illető releváns változás. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezését az Addiktológiai Tagozat vezetője végzi, aki kijelöli a tartalomfejlesztésért felelős munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által megjelölt szakértőket (delegáltak). A fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az aktualizálás mértékéről és jellegéről.

**IX. IRODALOM**

- [1.] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011). *SIGN 50 - A guideline developer's handbook (Revised version)*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Elliott House, 8 -10 Hillside Crescen. Online elérés: [https://www.sign.ac.uk/assets/sign50\\_2011.pdf](https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf) (Elérés dátuma: 2023. 12. 17.)
- [2.] World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Online elérés: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1> (Elérés dátuma: 2023.11.28.)
- [3.] Központi Statisztikai Hivatal (2023). *Az alkoholisták gondozása*. Online elérés: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0030.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0030.html) (Elérés dátuma: 2023.11.28.)

- [4.] White, A., Castle, I. J., Chen, C. M., Shirley, M., Roach, D., & Hingson, R. (2015). Converging Patterns of Alcohol Use and Related Outcomes Among Females and Males in the United States, 2002 to 2012. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(9), 1712–1726. <https://doi.org/10.1111/acer.12815>
- [5.] Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068–1080. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6)
- [6.] Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J., Hall, W., Hides, L., & Leung, J. (2021). Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(10), 2617–2634. <https://doi.org/10.1111/add.15357>
- [7.] Finn, S. W., Mejdal, A., & Nielsen, A. S. (2023). Perceived barriers to seeking treatment for alcohol use disorders among the general Danish population - a cross sectional study on the role of severity of alcohol use and gender. *Archives of Public Health*, 811., 65. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01085-4>
- [8.] Mahesarajah, S., & Pazoki, R. (2022). The global effects of alcohol consumption on Gross Domestic Product in high-and low-income countries: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*, 2022-04. <https://doi.org/10.1101/2022.04.27.22274363>
- [9.] Polimanti, R., Kaufman, J., Zhao, H., Kranzler, H. R., Ursano, R. J., Kessler, R. C., Gelernter, J., & Stein, M. B. (2018). A genome-wide gene-by-trauma interaction study of alcohol misuse in two independent cohorts identifies PRKG1 as a risk locus. *Molecular Psychiatry*, 231., 154–160. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.24>
- [10.] Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- [11.] Jellinek, E. M. (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, 83(26), 1341–1345.
- [12.] Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 861–868. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780330019001>
- [13.] Babor, T. F., Dolinsky, Z. S., Meyer, R. E., Hesselbrock, M., Hofmann, M., & Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87(10), 1415–1431. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01921.x>
- [14.] Lesch, O. M., & Walter, H. (1996). Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol and Alcoholism. Supplement*, 311., 63–67.
- [15.] Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H. Y. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.016>
- [16.] Walls, R., Hockberger, R., Gausche-Hill, M., Erickson, T.B., Wilcox, S.R. (2022). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice (2-Volume Set) - 10th Edition*. Elsevier Publishing
- [17.] Shapiro, B., Coffa, D., & McCance-Katz, E. F. (2013). A primary care approach to substance misuse. *American Family Physician*, 882., 113–121.
- [18.] Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 283., 7–30. [https://doi.org/10.1300/J465v28n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03)
- [19.] Magyar Addiktológiai Társaság (2018). *Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében - Elméleti és módszertani segédlet. Szakmai ajánlások a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítéséhez*. Online elérés: <http://www.mat.org.hu/dok/pdf/00134.pdf>(Elérés dátuma: 2023.11.20.)
- [20.] American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., Budapest
- [21.] Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. M. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715–1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- [22.] The National Health Service (2021). *Alcohol units*. Online elérés: <https://www.nhs.uk/live-well/alcohol-advice/calculating-alcohol-units/> (Elérés dátuma: 2023.12.17.)
- [23.] Volkow, N. D., Torrens, M., Poznyak, V., Sáenz, E., Busse, A., Kashino, W., Krupchanka, D., Kestel, D., Campello, G., & Gerra, G. (2020). Managing dual disorders: a statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. *World Psychiatry*, 193., 396–397. <https://doi.org/10.1002/wps.20796>
- [24.] Saunders, J.B. & Aasland, O.G. (1987). *WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption: Report on Phase I, The Development of a Screening Instrument*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- [25.] Higgins-Biddle, J. C., & Babor, T. F. (2018). A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(6), 578–586. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1456545>
- [26.] Stockwell, T., Murphy, D., & Hodgson, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 78(2), 145–155. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb05502.x>
- [27.] Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., & Kivlahan, D. R. (2007). AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(7), 1208–1217. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x>
- [28.] Ewing J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907. <https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905>
- [29.] McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199–213. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(92\)90062-s](https://doi.org/10.1016/0740-5472(92)90062-s)
- [30.] Rácz, J., Pogány, Cs., Máthé-Árvay, N. (2002). Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(4), 587–603.
- [31.] Hathaway, S. R. (1982). *Minnesota multiphasic personality inventory*. Minneapolis, Minn.: University of Minnesota : Distributed by National Computer Systems, Inc.
- [32.] Butcher, J. N. (2006). *MMPI-2: The Practitioner's Handbook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- [33.] Banken, J. A., & Greene, R. L. (2009). Use of self-report measures in assessing alcohol and drug abuse. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment*. Oxford: Oxford University Press, pp. 527–541.
- [34.] Graham, J. R., & Strenger, V. E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: a review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 197–205.
- [35.] First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., Spitzer, R. L. (2018). *Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Személyiségzavarok Vizsgálatára (SCID-5-PD) - Interjú és használati útmutató*. Oriold és Társai Kft., Budapest
- [36.] Kooij, J. J. S., Francken, M. H. (2010). *DIVA 2.0. Diagnostic Interview Voor ADHD in Adults bij volwassenen [DIVA 2.0 Diagnostic Interview ADHD in Adults]*. DIVA Foundation
- [37.] OPD Munkaközösség (2007). *Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika OPD-2 - A diagnosztika és a terápiavezetés kézikönyve*. Oriold és Társai Kft, Budapest
- [38.] Kernberg, O. F. (2005). Differenciáldiagnózis és kezelés. *Pszichoterápia*, 14, 501.
- [39.] Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- [40.] Dudas, R., Stachó, L., Kothencz, G., Janka, Z. (2002). The Hungarian version of ACE, 6/11/2002 – Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat. Hungarian translation based on: Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowitz, W., Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 11, 1613–1620.
- [41.] Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale--Fourth Edition (WAIS-IV)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t15169-000>
- [42.] Kun, M., Szegedi, M. (1996). *Az intelligencia mérése – 6. átdolgozott kiadás*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- [43.] Németh, Z., Urbán, R., Farkas, J., Kuntsche, E., & Demetrovics, Z. (2012). Az alkoholfogyasztás motivációs módosított kérdőív hosszú és rövid változatának hazai alkalmazása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 673–694. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.67.2012.4.3>
- [44.] Mayer, K., Lukács, A., & Pauler, G. (2012). A 8-tételes Szenzoros Élménykeresés Skála (BSSS-8) magyarországi adaptálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(3), 297–312. <https://doi.org/10.1556/Mental.13.2012.3.3>
- [45.] Kapitány-Fövényi, M., Urbán, R., Varga, G., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Szekely, A., Paksi, B., Kun, B., Farkas, J., Kökönyei, G., & Demetrovics, Z. (2020). The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R-21): An alternative three-factor model. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 225–246. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00030>
- [46.] Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06496-000>
- [47.] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- [48.] Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 23(8), 1289–1295.

- [49.] Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. K. (1996). The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of general psychiatry*, 533., 225–231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830030047008>
- [50.] Guardia Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A., & Martí Gil, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol [Validation study of the Multidimensional Alcohol Craving Scale (MACS)]. *Medicina clinica*, 1236., 211–216. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74463-2](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74463-2)
- [51.] Ogai, Y., Yamashita, M., Endo, K., Haraguchi, A., Ishibashi, Y., Kurokawa, T., Muratake, T., Suga, R., Hori, T., Umeno, M., Asukai, N., Senoo, E., & Ikeda, K. (2009). Application of the Relapse Risk Scale to alcohol-dependent individuals in Japan: comparison with stimulant abusers. *Drug and alcohol dependence*, 101(1-2), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.10.021>
- [52.] Arndt T. (2001). Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of chronic alcohol abuse: a critical review of preanalysis, analysis, and interpretation. *Clinical chemistry*, 471., 13–27.
- [53.] Mann, K., & Hermann, D. (2010). Individualised treatment in alcohol-dependent patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260 Suppl 2, S116–S120. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0153-7>
- [54.] Substance Abuse and Mental Health Service Administration (2010). *SAMHSA's Workind Definition of Recovery – 10 Guiding Principles of Recovery*. Online elérés: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf> (Elérés dátum: 2023.12.18.)
- [55.] Walter, M., Dürsteler, K. M., Petitjean, S. A., Wiesbeck, G. A., Euler, S., Sollberger, D., Lang, U. E., & Vogel, M. (2015). Psychosoziale Behandlungen bei Suchterkrankungen--Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirksamkeit [Psychosocial Treatment of Addictive Disorders--An Overview of Psychotherapeutic Options and their Efficacy]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 834., 201–210. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1399338>
- [56.] Gianoli, M. O., Jane, J. S., O'Brien, E., & Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 204., 333–344. <https://doi.org/10.1037/a0027999>
- [57.] 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>
- [58.] Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., Wnag, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 674., 563-570. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.563>
- [59.] 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>
- [60.] Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- [61.] Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 413., 328–335. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl016>
- [62.] Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N. M. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD007025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007025.pub2>
- [63.] Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical psychology*, 65(11), 1232–1245. <https://doi.org/10.1002/jclp.20638>
- [64.] O'Farrell, T.J., Fals-Stewart, W. (2002). Family-Involved Alcoholism Treatment An Update. In: *Alcoholism. Recent Developments in Alcoholism*, vol 15. Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-0-306-47193-3\\_19](https://doi.org/10.1007/978-0-306-47193-3_19)
- [65.] Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 286., 952–962. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
- [66.] Ball S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 236., 883–891. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00067-7)
- [67.] Batal, B.A. (2022). Sématerápia. In Kiss, A., Farkas, J., Kapitány-Fövény, M. (szerk). *Addiktológiai zavarok pszichoterápiája*. Medicina Kiadó, Budapest, pp. 177-192.

- [68.] Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995., 319–328. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e6f>
- [69.] Bateman, A, Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., Debbané, M. (2023). *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*. Cambridge Medicine, Cambridge University Press
- [70.] Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2. Aufl.* Stuttgart, Schattauer
- [71.] Walter, M., Dammann, G. (2012). Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive. *Psychotherapeut*, 57, 425-433.
- [72.] Yeomans F. E., Diamond D. (2012). Áttétel-fókuszú pszichoterápia és a borderline személyiségzavar. In Clarkin, J. F., Fonagy, P., Gabbard, G. O. (szerk.). *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája*. Oriold és Társai, Budapest, pp. 225-257.
- [73.] Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and Alcohol Review*, 346., 663–672. <https://doi.org/10.1111/dar.12267>
- [74.] Knox, J., Hasin, D. S., Larson, F. R. R., & Kranzler, H. R. (2019). Prevention, screening, and treatment for heavy drinking and alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1054–1067. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30213-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30213-5)
- [75.] Caviccholi, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *European Addiction Research*, 243., 137–162. <https://doi.org/10.1159/000490762>
- [76.] Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 103., 291–308. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(99\)00003-6](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(99)00003-6)
- [77.] Szemelyácz, J. (2023). A fiatal szerhasználók, *Máltai Tanulmányok*, 2023/1. 73-86.
- [78.] Kiyak, C., Simonetti, M. E., Norton, S., & Deluca, P. (2023). The efficacy of cue exposure therapy on alcohol use disorders: A quantitative meta-analysis and systematic review. *Addictive Behaviors*, 139, 107578. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107578>
- [79.] Hernández-Serrano, O., Ghiță, A., Fernández-Ruiz, J., Monràs, M., Gual, A., Gacto, M., Porrás-García, B., Ferrer-García, M., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2021). Determinants of Cue-Elicited Alcohol Craving and Perceived Realism in Virtual Reality Environments among Patients with Alcohol Use Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2241. <https://doi.org/10.3390/jcm10112241>
- [80.] Kádár, B. K., Pribék, I. K., Gajdics, J., Szemelyácz, J., Andó, B., & Lázár, B. A. (2023). Az alkoholemegvonásos szindróma ellátása: új perspektívák [Assessment of alcohol withdrawal syndrome: new perspectives]. *Orvosi Hetilap*, 164(38), 1487-1496. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32847>
- [81.] Lázár, B. A., Pribék, I. K., Kovács, C., Demeter, I., Kálmán, J., Szemelyácz, J., Kelemen, G., Janka, Z., Demetrovics, Z., & Andó, B. (2019). Első lépés egy egységes szemlélet felé: az Alkohol Megvonási Skála bevezetése a hazai betegellátási gyakorlatba [The first step towards a unified approach: validation of the Hungarian version of the Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol, Revised in Hungarian general hospital settings]. *Orvosi Hetilap*, 160(30). <https://doi.org/10.1556/650.2019.31424>
- [82.] Pribék, I. K., Kovács, I., Kádár, B. K., Kovács, C. S., Richman, M. J., Janka, Z., Andó, B., & Lázár, B. A. (2021). Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol - Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 220, 108536. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108536>
- [83.] Maldonado, J. R., Sher, Y., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., Talley, R., & Neri, E. (2015). Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol and Alcoholism*, 505., 509-518. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg043>
- [84.] Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P., & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- [85.] Maldonado J. R. (2017). Novel Algorithms for the Prophylaxis and Management of Alcohol Withdrawal Syndromes-Beyond Benzodiazepines. *Critical Care Clinics*, 333., 559–599. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.012>

- [86.] Goodson, C. M., Clark, B. J., & Douglas, I. S. (2014). Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(10), 2664–2677. <https://doi.org/10.1111/acer.12529>
- [87.] Maldonado J. R. (2008). Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Critical Care Clinics*, 244., 789–ix. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2008.06.004>
- [88.] Masood, B., Lepping, P., Romanov, D., & Poole, R. (2018). Treatment of Alcohol-Induced Psychotic Disorder (Alcoholic Hallucinosis)-A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*, 533., 259–267. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx090>
- [89.] Stankewicz, H. A., Richards, J. R., & Salen, P. (2023). Alcohol Related Psychosis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- [90.] Sinha, S., Kataria, A., Kolla, B. P., Thusius, N., & Loukianova, L. L. (2019). Wernicke Encephalopathy-Clinical Pearls. *Mayo Clinic Proceedings*, 946., 1065–1072. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.02.018>
- [91.] Agabio R. (2005). Thiamine administration in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 402., 155–156. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh106>
- [92.] McLean, C., Tapsell, L., Grafenauer, S., & McMahon, A. T. (2020). Systematic review of nutritional interventions for people admitted to hospital for alcohol withdrawal. *Nutrition & Dietetics*, 771., 76–89. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12593>
- [93.] Popa, I., Rădulescu, I., Drăgoi, A. M., Trifu, S., & Cristea, M. B. (2021). Korsakoff syndrome: An overlook (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 224., 1132. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10566>
- [94.] Dejong, K., Olyaei, A., & Lo, J. O. (2019). Alcohol Use in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 621., 142–155. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000414>
- [95.] Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 53., e290–e299. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
- [96.] Mamluk, L., Edwards, H. B., Savović, J., Leach, V., Jones, T., Moore, T. H. M., Ijaz, S., Lewis, S. J., Donovan, J. L., Lawlor, D., Smith, G. D., Fraser, A., & Zuccolo, L. (2017). Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 77., e015410. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015410>
- [97.] NICE (2022). Fetal alcohol spectrum disorder - Quality standard. Online elérés: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs204/resources/fetal-alcohol-spectrum-disorder-pdf-75547414426309>(Elérés dátuma: 2023.11.20.)
- [98.] Graves, L., Carson, G., Poole, N., Patel, T., Bigalky, J., Green, C. R., & Cook, J. L. (2020). Guideline No. 405: Screening and Counselling for Alcohol Consumption During Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(9), 1158–1173.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.03.002>
- [99.] Ghosh, A., Singh, P., Das, N., Pandit, P. M., Das, S., Sarkar, A. (2022). Efficacy of brief intervention for harmful and hazardous alcohol use: a systematic review and meta-analysis of studies from low middle. income countries. *Addiction*, 1173., 545-558. <https://doi.org/10.1111/add.15613>
- [100.] Samson, J. E., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Single-Session Alcohol Interventions for Heavy Drinking College Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 764., 530–543. <https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.530>
- [101.] Tanner-Smith, E. E., & Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001>
- [102.] Beich, A., Thorsen, T., & Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 327(7414), 536–542. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.536>
- [103.] Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., Saunders, J. B., Burnand, B., & Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 283., 301–323. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x>
- [104.] Dimova, E. D., Elliott, L., Frankis, J., Drabble, L., Wiencierz, S., & Emslie, C. (2022). Alcohol interventions for LGBTQ+ adults: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 411., 43–53. <https://doi.org/10.1111/dar.13358>
- [105.] SAMHSA (2020). *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. A Treat Improvement Protocol TIP 51. 2013*. Online elérés: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4426.pdf>(Elérés dátuma: 2023.11.20.)

## X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének megkezdésekor az Addiktológia Tagozat elnöke és egyben irányelvfejlesztő csoport-kapcsolattartója határozta meg a fejlesztőcsoport tagjait és a tagok feladatait. A fejlesztőcsoport vezetője azokról a szakterületekről kért fel társszerzőt a fejlesztőcsoportba, melyek a jelen egészségügyi szakmai irányelv tartalmában szakértők, illetve az ellátási folyamatában aktív szerepet töltenek be. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

### 2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés során az elsődleges fókusz a nemzetközi gyakorlatban elérhető, az AHZ-val/AD-vel és annak terápiájával kapcsolatos irányelvek azonosítása és feldolgozása, valamint az ezen irányelvekből átvett tartalmak és ajánlások mellett a kurrens szakirodalomban fellelhető szisztematikus áttekintő tanulmányok és meta-analízisek megtalálása és azok főbb konklúzióinak integrálása jelentette.

A egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének meghatározó eleme volt tehát a szisztematikus szakirodalomkeresés, a szelekció és az elemzés. Az irodalomkeresés elsősorban a Magyar Orvosi Bibliográfiában, a PubMed-en és a Cochrane-adatbázisban fellelhető publikációk alapján történt. Az adatbázisokban egyebek mellett a következő keresőszavakat és kombinációkat használtuk: „alkoholfüggőség”, „alkohol okozta dependencia”, „alkoholhasználati zavar”, „alkoholmegvonási szindróma”, „delirium tremens”, „irányelv”, „meta-analízis”, „szisztematikus áttekintő tanulmány”, „kezelési hatékonyság”, „pszichoterápia”, „farmakoterápia”, „alcohol dependence”, „alcohol use disorder”, „alcohol withdrawal syndrome”, „delirium tremens”, „guideline”, „meta-analysis”, „systematic review”, „treatment effectiveness”, „psychotherapy”, „pharmacotherapy”.

### 3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

### 4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt. Az ajánlások kialakítása informális konszenzussal valósult meg.

### 5. Véleményezés módszere

Véleményezésre azokról a szakterületekről kérte fel a fejlesztőcsoport vezetője az Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatainak vezetőit, akik valamennyi ellátón belül is kiemelt jelentőségű ellátási feladattal rendelkeznek. A véleményezést végző tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. A módosított verzió elfogadását a tagozatok egyetértési nyilatkozatban igazolták.

### 6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

## XI. MELLÉKLET

### 1. Alkalmazást segítő dokumentumok

#### 1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

#### 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

##### 1.2.1. WHO AUDIT kérdőív

Az alábbi kérdőívben alkoholfogyasztásával kapcsolatos kérdéseket olvashat, melyek az elmúlt egy évre vonatkoznak.

Kérdés	0	1	2	3	4
<b>1. Az elmúlt évben milyen gyakran ivott alkoholtartalmú italt?</b>	soha	havonta vagy ritkábban	havonta 2-4 alkalommal	hetente 2-3 alkalommal	hetente 4 vagy több alkalommal
<b>2. Az elmúlt évben hány italt fogyasztott egy tipikus napon, amikor ivott?</b> (egy ital = egy korsó sör, 2 dl bor, vagy 0,5 dl tömény ital)	1 vagy 2	3 vagy 4	5 vagy 6	7-9	10 vagy több
<b>3. Az elmúlt évben milyen gyakran ivott 6 vagy több italt egy alkalommal?</b> (egy ital = egy korsó sör, 2 dl bor, vagy 0,5 dl tömény ital)	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
<b>4. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem volt képes abbahagyni az ivást?</b>	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
<b>5. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az ivás miatt nem tudta elvégezni azt, amit rendes körülmények között elvártak Öntől?</b>	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
<b>6. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy egy nagyobb ivászat után reggel innia kellett, hogy elkezdhesse a napját?</b>	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
<b>7. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az ivás után bűntudatot vagy megbánást érzett?</b>	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
<b>8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az ivás miatt nem volt képes visszaemlékezni az előző éjszakára?</b>	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
<b>9. Megsérült-e Ön, vagy egy másik személy az Ön ivása miatt?</b>	nem		igen, de nem az elmúlt év során		igen, az elmúlt évben
<b>10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos, más egészségügyi dolgozó az ivása miatt vagy javasolta-e, hogy csökkentse az ivást?</b>	nem		igen, de nem az elmúlt év során		igen, az elmúlt évben

Értékelés módja: Adja össze a kérdésekre adott válaszok pontértékeit! A teszt 8 pont felett problémás alkoholfogyasztást jelez, ami további monitorozást vagy tanácsadást indokolhat. 20 pont felett klinikai szintű alkoholhasználati zavar valószínűsíthető, ami már kezelést tehet szükségessé.



### 1.2.2. CAGE teszt

A világszerte ismert és elfogadott, négykérdéses CAGE teszt, olyan kérdésekre keresi a választ, mint:

1. gondolt-e valaha valamelyik pszichoaktív szer (például. alkohol, benzodiazepinek) fogyasztás abbahagyására (Cut down)
2. volt-e dühös (Annoyed) másokra azért, mert kritizálták a szerfogyasztását
3. rezte-e bűnösnek (Guilty) magát a szerhasználat miatt
4. reggel ébredéskor (Eye-opening) használ-e valamilyen pszichoaktív szer, hogy enyhítse panaszait (megvonási tüneteit).

Az alábbi 4 kérdésből álló CAGE kérdőív neve azon angol szavak kezdőbetűiből ered, amelyekre a teszt rákérdez.

- **C** = Cut down (csökkentés)
- **A** = Annoyed (idegesség)
- **G** = Guilty (bűnösség)
- **E** = Eye-opener (szemnyitás, ébredés)

Egyszerűen „igen” vagy „nem” válaszokat kell adni ahhoz, hogy a használó tisztázhassa magában, hogy veszélyes szerhasználó-e már vagy még nem.

### 1.2.3. ALKOHOLFÜGGŐSÉG SÚLYOSSÁGA KÉRDŐÍV (AFS-K)

#### INSTRUKCIÓ

Kérem, idézzen fel egy olyan időszakot az elmúlt 6 hónapból, amikor Ön több alkoholt fogyasztott. Kérem válaszoljon az alábbi kérdésekre az ivási szokásaival kapcsolatban. Jelölje a legmegfelelőbb választ. Amikor sokat ittam...

#### 1. Az ivás utáni napon izzadtan ébredtem fel.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

#### 2. Miután alkoholt ittam, másnap reggel már ébredéskor remegett a kezem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

#### 3. Az ivás utáni napon, ha nem ittam újra, már ébredéskor nagyon remegett az egész testem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

#### 4. Az ivás utáni napon arra ébredtem, hogy az egész testem verítékben úszik.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

#### 5. Amikor alkoholt iszom, félek a másnapi felébredéstől.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

- 6. Az ivás utáni napon rettegtem attól, hogy kora reggel másokkal találkozok.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 7. Amikor alkoholt ittam, másnap reggel ébredéskor úgy éreztem, hogy a kétségbeesés határán vagyok.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 8. Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon félttem.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 9. Az ivás utáni reggelen kívántam az alkoholt.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 10. Az ivás utáni napon olyan gyorsan hajtottam fel az első néhány italt, amilyen gyorsan csak lehetett.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 11. Az ivás utáni napon még többet ittam, hogy megszűnjön a remegésem.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 12. Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon erősen vágytam az italra.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 13. Egy nap alatt több mint egy negyed üveg töményt (illetve 1 üveg bort, vagy 7 üveg sört) ittam.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 14. Egy nap alatt több mint egy fél üveg töményt (illetve 2 üveg bort, vagy 15 üveg sört) ittam.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 15. Naponta több mint 1 üveg töményt (illetve 4 üveg bort, vagy 30 üveg sört) ittam.**
  1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig

- 16. Naponta több mint 2 üveg töményet (illetve 8 üveg bort, vagy 30 üveg sört) ittam.**
1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 17. Képzeld el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Elkezdenék izzadni.**
1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 18. Képzeld el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Remegne a kezem.**
1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 19. Képzeld el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Elkezdenék izzadni. Remegne a testem.**
1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig
- 20. Képzeld el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Vágnék az italtra.**
1. Szinte soha
  2. Néha
  3. Gyakran
  4. Majdnem mindig

*A kérdőív nem validált. Validálása folyamatban (SzTE SzAOK). A kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történő validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.*

#### 1.2.4. Alkoholfogyasztási Motivációk Kérdőív – Rövidített magyar változat

Milyen gyakran ivott alkoholt az elmúlt 12 hónapban azért, ...	Soha	Időnként	Szinte mindig
1. ... mert segít élvezni egy bulit?	1	2	3
2. ... mert segít, amikor lehangolt vagy ideges?	1	2	3
3. ... hogy jobb kedvre derüljön, ha rossz hangulatban van?	1	2	3
4. ... hogy feldobódjon?	1	2	3
5. ... mert élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket?	1	2	3
6. ... hogy beilleszkedjen egy Ön által kedvelt társaságba?	1	2	3
7. ... mert kellemes érzést okoz?	1	2	3
8. ... mert feldobja a bulikat, ünnepségeket?	1	2	3
9. ... hogy elfeledkezzen a problémáiról?	1	2	3
10. ... mert jó buli alkoholt inni?	1	2	3
11. ... hogy mások kedveljék?	1	2	3
12. ... hogy ne érezze úgy, hogy kimarad valamiből?	1	2	3

Fokozás: 4, 7, 10

Megküzdés: 2, 3, 9

Konformitás: 6, 11, 12

Szociális: 1, 5, 8

### 1.2.5. BSSS-8 kérdőív (Rövidített Szenzoros Élménykeresés Skála)

Minden tétel az alábbi 5-fokú Likert skálán értékelendő:

- 1 = egyáltalán nem értek egyet,
- 2 = nem értek egyet,
- 3 = semleges,
- 4 = egyetértek,
- 5 = teljesen egyetértek

Élménykeresés (ES):

1. Szeretnék különös helyeket felfedezni.
2. Szeretnék egy olyan kiránduláson részt venni, ahol csak elindulok és megyek, anélkül, hogy tudnám, hogy hova és mikor jutok.

Izgalom- és kalandkeresés (TAS):

1. Szeretek félelmetes dolgokat csinálni.
2. Szeretném kipróbálni az ejtőernyős ugrást.

Gátolatlanság (DIS):

1. Szeretem a vad bulikat.
2. Szeretem az új és izgalmas kalandokat, még akkor is, ha ehhez át kell lépnem a szabályokat.

Unalomfogékonyság (BS):

1. Nyugtalanra válok, ha túl sok időt kell otthon töltenem.
2. Az olyan barátokat szeretem, akik izgalmasan kiszámíthatatlanok.

### 1.2.6. Penn Alkoholsóvárgás Skála (PASS)

*Karikázza be a legmegfelelőbb számot az egyes állításoknál!*

Ha először tölti ki ezt a kérdőívet, a kérdések az utolsó hétre vonatkoznak, amelyen alkoholt fogyasztott. Ha benzodiazepin származékot vagy más gyógyszert kapott a detoxifikálás során, ne vegye figyelembe azt az időszakot! Ha jelenleg gyógyszeres kezelés alatt áll, a kérdések az az ezt megelőző vizit dátumától a jelenlegi vizit dátumáig terjedő időszakra) vonatkoznak.

#### 1. Milyen gyakran gondolt az ivásra vagy arra, hogy milyen jól esne az ital ebben az időszakban?

Soha, azaz 0 alkalommal ebben az időszakban.	0
Ritkán, azaz 1-2 alkalommal ebben az időszakban.	1
Alkalmanként, azaz 3-4 alkalommal ebben az időszakban.	2
Néha, azaz 5-10 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta egyszer-kétszer.	3
Gyakran, azaz 11-20 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta kétszer-háromszor.	4
Az idő nagy részében, azaz 20-40 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta háromszor-hatszor.	5
Majdnem minden alkalommal, azaz több, mint 40 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta többször, mint 6 alkalommal.	6

#### 2. Milyen erős volt a sóvárgása a legsúlyosabb esetben ebben az időszakban?

Nem volt sóvárgásom.	0
Csekély.	1
Enyhe.	2
Közepes.	3
Erős, de könnyen kontrollálható.	4
Erős és nehezen kontrollálható.	5
Erős sóvárgás és ittam volna alkoholt, ha elérhető lett volna.	6

**3. Mennyit gondolt az ivásra az elmúlt időszakban vagy arra, hogy milyen jól esne most egy ital?**

Egyáltalán nem.	0
Kevesebb, mint 20 percet.	1
21–45 percet.	2
46–90 percet.	3
90 perc és 3 óra között.	4
3–6 óra között.	5
Több, mint 6 órát.	6

**4. Milyen nehéz lenne ellenállni az ivásnak ebben az időszakban, ha tudná, hogy az otthonában van egy üveg ital?**

Egyáltalán nem lenne nehéz.	0
Nagyon enyhén nehéz lenne.	1
Enyhén nehéz lenne.	2
Közepesen nehéz lenne.	3
Nagyon nehéz lenne.	4
Rendkívül nehéz lenne.	5
Nem tudnék ellenállni.	6

**5. Figyelembe véve az előző kérdésekre adott válaszokat, kérjük, értékelje összességében az átlagos sóvárgását a megadott időszakban!**

Soha nem gondoltam az ivásra és soha nem éreztem késztetést az ivásra.	0
Ritkán gondoltam az ivásra és ritkán éreztem késztetést az ivásra.	1
Alkalmanként gondoltam az ivásra és alkalmanként éreztem késztetést az ivásra.	2
Néha gondoltam az ivásra és néha éreztem késztetést az ivásra.	3
Gyakran gondoltam az ivásra és gyakran éreztem késztetést az ivásra.	4
Az idő nagy részében az ivásra gondoltam és az idő nagy részében éreztem késztetést az ivásra.	5
Majdnem egész idő alatt az ivásra gondoltam és majdnem egész idő alatt éreztem késztetést az ivásra.	6

**1.2.7. Multidimenzióális Alkohol sóvárgás Skála**

Az elmúlt 1 hétben...	Teljes mértékben egyetértek	Egyetértek	Megcáfolni, megerősíteni sem tudom	Kevesbé értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
1. Sóvárogtam.	5	4	3	2	1
2. Bármit megtettem volna, hogy igyak.	5	4	3	2	1
3. Inni akartam.	5	4	3	2	1
4. Teljes mértékben kontrollálni tudtam az alkohol utáni vágyam.	5	4	3	2	1
5. Jó ötlet lett volna inni egy italt.	5	4	3	2	1
6. Gondolkodtam azon, hogy elmegyek inni.	5	4	3	2	1
7. Csodálatos lett volna inni.	5	4	3	2	1

Az elmúlt 1 hétben...	Teljes mértékben egyetértek	Egyetértek	Megcáfolni, megerősíteni sem tudom	Kevésbé értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
8. Gyakran foglalkoztattak az ivással kapcsolatos gondolatok.	5	4	3	2	1
9. Az ivás utáni vágyam nagyon intenzív volt.	5	4	3	2	1
10. Jobban éreztem volna magam, ha ittam volna.	5	4	3	2	1
11. Egy vagy több alkalommal volt intenzív vágyam, hogy igyak.	5	4	3	2	1

A kérdőív nem validált, validálás folyamatban (SzTE SZAOK). A kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történő validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.

### 1.2.8. Alkohol Relapszus Kockázati Skála (ARKS)

**Dátum (év/hónap/nap):** \_\_\_\_\_

**Név:** \_\_\_\_\_ **(Járóbeteg – Fekvőbeteg)**

Kérjük, írja le, milyen volt az állapota az elmúlt egy hétben. Minden állítás esetében egy választ karikázzon be.

		Nem értek egyet	Semleges	Egyetértek
Pl.	Jól alszom.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.	Abba tudom hagyni magamtól az alkoholfogyasztást.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Idegesítenek mások szavai.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Nehéz lenne visszautasítanom, ha valaki alkoholt tenne elélem.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Irritált vagyok.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ha innék egy kevés alkoholt, nem tudnám abbahagyni az ivást.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Szinte bármit megtennék, hogy alkoholt fogyaszthassak.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Motiválatlan vagyok, hogy bármit csináljak.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Biztos vagyok benne, hogy nem innék újra alkoholt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Jól meglennék alkohol nélkül.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Már felépültem az alkohollal való visszaélésből.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Magányos vagyok.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Nem tudnám kontrollálni magam, ha alkoholt innék.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ha valaki alkoholt tartana az orrom alá, nem tudnám visszautasítani.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Unatkozom.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Az alkohol megmentene a magány érzésétől.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Ha a barátaim felajánlanák nekem az utcán, fogyasztanék alkoholt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Szorongok a jövőm miatt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Nem értek egyet	Semleges	Egyetértek
18.	Fogyasztanék alkoholt, ha egyedül lennék.	X	Δ	O
19.	Ha alkoholt fogyasztanék, az rossz hatással lenne a munkámra.	X	Δ	O
20.	Ha egy barátom alkoholt adna nekem, még a kórházban is meginnám.	X	Δ	O
21.	Nem tudom kontrollálni az érzéseimet.	X	Δ	O
22.	Jelentős munkával kapcsolatos gondjaim vannak.	X	Δ	O
23.	Ha alkoholt tennének elém, meginnám.	X	Δ	O
24.	Úgy gondolom, függő vagyok.	X	Δ	O
25.	Nyugtalan lennék, ha alkoholt innék.	X	Δ	O
26.	Bármit megtennék, hogy pénzhez jussak alkoholra.	X	Δ	O
27.	Fogyasztanék alkoholt egy buliban vagy összejövetelen.	X	Δ	O
28.	Ha alkoholt iszom, úgy érzem, minden jól halad.	X	Δ	O
29.	Alkoholt akarok szerezni, még akkor is, ha lopnom kell érte.	X	Δ	O
30.	Ha alkoholt iszom, felélénkülök.	X	Δ	O
31.	Fogok alkoholt fogyasztani a közeli jövőben.	X	Δ	O
32.	Szeretnék alkoholt fogyasztani annak ellenére is, hogy káros az egészségemre.	X	Δ	O

A kérdőív nem validált, validálás folyamatban (SzTE SZAOK). A kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történő validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.

### 1.2.9. Alkoholmegvonási Skála (CIWA-Ar)

Páciens neve: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_ Időpont: \_\_\_\_\_ (24 órás jelölés, éjfél=00:00)

Pulzus vagy szívfrekvencia, egy perc alatt: \_\_\_\_\_ Vérnyomás: \_\_\_\_\_

**HÁNYINGER ÉS HÁNYÁS** – Kérdés: „Szokott-e émelyegni? Hányt mostanában?” Megfigyelés.

- 0 nincs émelygés és nincs hányás
- 1 enyhe émelygés hányás nélkül
- 2
- 3
- 4 átmeneti émelygés öklendezéssel
- 5
- 6
- 7 folyamatos émelygés, gyakori öklendezés és hányás

**TAKTILIS ZAVAROK** – Kérdés: „Tapasztalt-e viszketést, bizsergést, égető érzést, zsibbadást vagy olyan érzést, mintha bogarak másznának a bőrén vagy a bőre alatt?” Megfigyelés.

- 0 nem tapasztalt ilyet
- 1 nagyon enyhe viszketés, bizsergés, égető érzés vagy zsibbadás
- 2 enyhe viszketés, bizsergés, égető érzés vagy zsibbadás
- 3 mérsékelt viszketés, bizsergés, égető érzés vagy zsibbadás
- 4 mérsékelt hallucinációk
- 5 súlyos hallucinációk
- 6 extrém súlyos hallucinációk
- 7 folyamatos hallucinációk

**TREMOR** – Kinyújtott kéz és széttartott ujjak.

Megfigyelés.

- 0 nincs tremor
- 1 nem látható tremor, de az ujjhegyek érintésével érzékelhető
- 2
- 3
- 4 mérsékelt tremor, ha a páciens karjai nyújtva vannak
- 5
- 6
- 7 súlyos tremor, a karok kinyújtása és az ujjak széttartása nélkül is érzékelhető

**AUDITOROS ZAVAROK** – Kérdés: „Hangosabbnak hallja-e a környező hangokat? Élesebbek-e a hangok? Megijeszti-e Önt? Hall bármi olyasmit, ami zavaró az Ön számára? Hall bármi olyat, amiről tudja, hogy nincs jelen?” Megfigyelés.

- 0 nem jellemző
- 1 kis mértékben hangosabb vagy ijesztő zajok
- 2 enyhén hangosabb vagy ijesztő zajok
- 3 mérsékelt hangosabb vagy ijesztő zajok
- 4 közepesen súlyos hallucinációk
- 5 súlyos hallucinációk
- 6 extrém súlyos hallucinációk
- 7 folyamatos hallucinációk

**VEREJTÉKEZÉS** – Megfigyelés.

- 0 nem látható verejtékezés
- 1 alig észrevehető verejtékezés, nedves tenyerek
- 2
- 3
- 4 jól látható verejtékcseppek a homlokon
- 5
- 6
- 7 bő verejtékezés

**VIZUÁLIS ZAVAROK** – Kérdés: „Túlságosan fényesnek észleli-e a fényeket? A fények színe megváltozott-e? Zavarja-e a szemét? Lát-e bármi olyat, ami zavarja Önt? Lát-e olyan dolgokat, amelyekről tudja, hogy nincsenek jelen?” Megfigyelés.

- 0 nem jellemző
- 1 nagyon enyhe érzékenység
- 2 enyhe érzékenység
- 3 mérsékelt érzékenység
- 4 közepesen súlyos hallucinációk
- 5 súlyos hallucinációk
- 6 extrém súlyos hallucinációk
- 7 folyamatos hallucinációk

**SZORONGÁS** – Kérdés: „Idegesnek érzi magát?”

Megfigyelés.

- 0 nincs szorongás, nyugodt
- 1 enyhe szorongás
- 2
- 3
- 4 mérsékelt fokú szorongás, tartózkodó, szorongás tehát feltételezhető
- 5
- 6
- 7 akut, pánik-szerű állapot, amely súlyos fokú delíriumhoz vagy akut szkizofreniform reakcióhoz hasonló

**FEJFÁJÁS, FEJI NYOMÁSÉRZÉKENYSÉG** – Kérdés:

„Szokott-e fájni a feje? Szokta-e úgy érezni, mintha egy pánt szorítaná a fejét?” A szédülés és a feledékenység nem értékelendő. Egyéb tünetek esetén a súlyosságot pontozzuk.

- 0 nem jellemző
- 1 nagyon enyhe
- 2 enyhe
- 3 mérsékelt
- 4 közepesen súlyos
- 5 súlyos
- 6 nagyon súlyos
- 7 extrém súlyos



**AGITÁCIÓ** – Megfigyelés.

- 0 normál aktivitás  
 1 szokásosnál aktívabb  
 2  
 3  
 4 mérsékelt szorongás és nyugtalanság  
 5  
 6  
 7 az interjú során fel-alá járkál vagy nyugtalan

**ORIENTÁCIÓ ÉS TUDAT INTEGRITÁSA** – Kérdés:

- „Milyen nap van ma? Hol vagyunk? Ki vagyok én?”  
 0 orientált és következetes válaszokat ad  
 1 nem képes következetes válaszokat adni  
 vagy bizonytalan a dátumban  
 2 két napnál nem téved többet a dátumot illetően  
 3 két napnál többet téved a dátumot illetően  
 4 térben vagy a személyeket illetően dezorientált

Teljes pontszám (maximum 67 pont) \_\_\_\_\_

Vizsgálatvezető monogramja \_\_\_\_\_

A CIWA-Ar nem jogdíjas termék, szabadon reprodukálható. A megvonási tünetek monitorozása a mérőeszköz segítségével körülbelül 5 perc alatt elvégezhető. Az elérhető maximális pontszám 67 pont. A 10 pontnál kevesebbet elérő páciensek általában nem igényelnek további farmakoterápiát a megvonási tünetek miatt.

magyar verzió: Lázár BA és mtsai, 2019  
 eredeti: Sullivan JT és mtsai, 1989

### 1.2.10. Alkoholmegvonás Súlyosságát Előrejelző Skála (ASES)

**A rész: Alapvető kritériumok:**

(1 pont bármelyik igen esetén)

1. Fogyasztott-e alkoholt az elmúlt 30 napban?  
 Vagy: volt-e pozitív véralkoholszintje?  
 Ha bármelyik kérdésre a válasz igen, folytassa a tesztet: \_\_\_\_\_

**B rész: A beteg válaszai alapján:**

(1 pont minden esetben)

2. Volt-e valaha alkoholmegvonási tünetegyüttese? \_\_\_\_\_  
 3. Volt-e valaha alkalmi konvulzív rosszulléte? \_\_\_\_\_  
 4. Kialakult-e valaha delírium tremens-szel járó megvonása? \_\_\_\_\_  
 5. Részt vett-e valaha rehabilitációs kezelésben alkoholproblémái miatt?  
 (pl. fekvő-, vagy járóbetegként, AA-ban) \_\_\_\_\_  
 6. Előfordult-e képszakadás ittas állapotban? \_\_\_\_\_  
 7. Előfordult-e az elmúlt 90 napban, hogy az alkoholt más depresszánsokkal kombinálta,  
 például benzodiazepinekkal, vagy barbiturátokkal? \_\_\_\_\_  
 8. Az elmúlt 90 napban használt-e más szereket az alkohollal egyidejűleg? \_\_\_\_\_

**C rész: A megfigyelt klinikai tünetek alapján**

(1 pont minden esetben)

9. 200 mg/dl (~43 mmol/l) fölött volt a beteg véralkoholszintje? \_\_\_\_\_  
 10. Láthatóak vegetatív hiperaktivitás jelei?  
 (pl. p >120/min, remegés, izzadás, agitáció, émelygés) \_\_\_\_\_

**összpontszám:** \_\_\_\_\_

Jegyzetek: A maximum pontszám 10. A skála elsősorban SZŰRŐEZKÖZ. A magasabb pontszámok az alkoholmegvonási szindróma (AMSZ) kialakulásának magasabb valószínűségét jelzik. 4 feletti pontszám magas rizikót jelent a mérsékelttől súlyosig terjedő AMSZ kialakulása szempontjából, ilyen esetben szükséges a megelőzés vagy kezelés.

A kérdőív nem validált, validálás folyamatban (SzTE SzAOK). A, kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történő validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.

## 1.2.11. Richmond Agitáció-Szedáció Skála (RASS)

Pontszám	Megnevezés	Leírás
+4	Agresszív	Túlzottan támadó vagy erőszakos, közvetlen veszélyt jelent a személyzet számára
+3	Súlyosan agitált	Tubust vagy katétert kihúzza magából, közvetlen veszély lehetősége a személyzet számára
+2	Agitált	Állandó, céltalan mozgások vagy a gépi lélegeztetés nehezítettsége
+1	Nyugtalan	Feszült vagy szorong, de nem jelent potenciális veszélyt
0	Éber és nyugodt	
-1	Bágyadt	Nem teljesen éber, de hosszabb éber periódusok (>10 másodperc) észlelhetőek, szemkontaktust hangingerre felveszi
-2	Aluszékony	Rövidebb éber periódusok (<10 másodperc), szemkontaktust hangingerre felveszi
-3	Mérsékelten szedált	Motoros válasz hangingerre (de szemkontaktust nem vesz fel, nem tart)
-4	Mélyen szedált	Hangingerre nem reagál, fizikai ingerre motoros válasszal reagál
-5	Ébreszthetetlen	Hang és fizikai ingerre nem reagál
<b>Instrukciók</b>		
1.	Figyelje meg a páciensét. Ha éber és nyugodt, adjon 0 pontot.	
2.	Nyugtalanságra vagy agitációra utaló jeleket észlel-e a páciens viselkedésében? A fenti feltételek alapján adjon pontot +1 és +4 között.	
3.	Ha a páciens nem éber, mondja ki a nevét és hangosan kérje meg, hogy nyissa ki a szemét. Ismétlje meg még egyszer, ha szükséges. Próbálja meg fenntartani a páciens figyelmét, ha tudja.	
	Ha a páciens kinyitja a szemét és szemkontaktust tart több mint 10 másodpercig, adjon 1 pontot.	
	Ha a páciens kinyitja a szemét és szemkontaktust tart kevesebb mint 10 másodpercig, adjon 2 pontot.	
	Ha a páciens hangingerre motoros válasszal reagál, de nem veszi fel a szemkontaktust, adjon 3 pontot.	
4.	Ha a páciens hangingerre nem reagál, rázza meg a vállat, ha továbbra sem reagál, nyomja meg a mellkasát.	
	Ha a páciens fizikai ingerre motoros válasszal reagál, adjon 4 pontot.	
	Ha a páciens nem reagál sem hang, sem fizikai ingerre, adjon 5 pontot.	

Engedéllyel reprodukálható az alábbi közlemény alapján: [83]

Validálás folyamatban (SzTE SzaOK – Sessler engedélyével)

## 1.3. Táblázatok

1.3.1. számú táblázat: A véralkoholszinttel összefüggésben megfigyelhető, jellemző klinikai tünetek alkoholintoxikáció esetén [16]

Véralkoholszint	Klinikai tünetek
20–50 mg/dl (4,4–11 mmol/l)	Csökkent finom motorikus koordináció
50–100 mg/dL (11–22 mmol/L)	Csökkent ítélőképesség, károsodott koordináció
100–150 mg/dL (22–33 mmol/L)	Járási és egyensúlynehezítések
150–250 mg/dL (33–55 mmol/L)	Letargia, segítség nélkül ülni nem tud az egyén
300 mg/dL (66 mmol/L)	Kóma (olyan egyéneknél, akiknek minimális toleranciájuk van)
400 mg/dL (88 mmol/L)	Légzésdepresszió

1.3.2. számú táblázat: Az alkoholhasználati zavar DSM-5 alapú tünetei [20]

AHZ tünetei (DSM-5)
Alkohol használatának olyan problematikus mintázata, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szenvedéshez vezet, ami az alábbiak közül legalább kettőben megnyilvánul egy 12 hónapos időszak során
A személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű alkohol vagy hosszabb időn keresztül, mint azt szeretné.
Tartós vágy vagy sikertelen próbálkozások az alkoholhasználat csökkentésére vagy uralására.
A személy jelentős mennyiségű időt fordít az alkohol beszerzésével, használatával vagy hatásaiból való felépülésével kapcsolatos tevékenységekre.
Az alkohol használat iránti sóvárgás, erős vágy vagy készletelés.
Visszatérő alkoholhasználat, mely a munkahelyi, iskolai vagy otthoni szerepkötelezettségek teljesítésének kudarcát eredményezi.
Folyamatos alkoholhasználat az alkohol hatásainak következtében kialakuló vagy azok következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő társas és interperszonális problémák ellenére.
A fontos társas, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkenése az alkoholhasználat zavar következtében.
Ismétlődő alkoholhasználat olyan helyzetekben, ahol ez fizikai veszélyt jelent.
Folyamatos alkoholhasználat a nagy valószínűséggel az alkoholhasználat következtében kialakuló vagy annak következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő testit vagy pszichológiai problémák ellenére.
Tolerancia (a) Az intoxikáció vagy a kívánt hatás eléréséhez szükséges alkohol mennyiségének kifejezett megnövekedése. b) Ugyanolyan mennyiségű alkohol alkalmazásakor kifejezett hatáscsökkenés.)
Megvonás (a) Jellegzetes alkoholemegvonási szindróma b) Alkohol fogyasztása a megvonási tünetek enyhítésére vagy elkerülésére.

1.3.3. számú táblázat: Az alkoholdependencia farmakoterápiájában használt gyógyszerek, illetve azok alkalmazásának kontraindikációi

Első vonalbeli szerek	
	Kontraindikáció/megjegyzés
naltrexone	komorbid májbetegség és opiáthasználat zavar kontraindikáció
acamprosate	súlyos vesebetegség kontraindikáció
Másodvonalbeli szerek	
diszulfiram	ko-morbid májbetegség kontraindikáció
topiramát	ko-morbid epilepszia esetén javasolt
gabapentin	ko-morbid epilepsziái esetén javasolt
Harmadvonalbeli szerek	
bupropion	ko-morbid depresszió, ADHD javasolt
harmadik generációs antipszichotikumok (aripirazol, kariprazin, brexipirazol)	ko-morbid szkizofrénia, bipoláris affektív zavar javasolt

1.3.4. számú táblázat: Az alkoholdependencia nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho- és szocioterápiás intervenciók

<b>Pszicho- és szocioterápiás intervenciók AD-ben</b>
<b>Pszichoterápia</b>
Kognitív-viselkedés terápia (CBT)
Motivációs Interjú
család- és párterápia
<b>Komorbid állapotok pszichoterápiája</b>
kettős fókuszú sématerápia
áttétel-fókuszú pszichoterápia
dialektikus viselkedésterápia
mindfulness alapú pszichoterápiák
<b>Szociális terápia</b>
12 lépéses programok
CRAFT
<b>Egyéb terápia</b>
ingerexpoziációs terápiák

1.3.5. számú táblázat: A komplikált és nem-komplikált Alkohol Megvonási Szindróma tünettana

<b>AMSZ tünettana</b>
<b>Nem-komplikált AMSZ</b>
szorongás, agitáció
alacsony hangulati fekvés, inszomnia
tremor
hányinger, hányás
egyéb gasztrointesztinális panaszok
kardiovaszkuláris tünetek (RR↑, f↑)
fejfájás
verejtékezés
<b>Komplikált AMSZ</b>
nem-komplikált AMSZ tünetei + mKR
nem-komplikált AMSZ tünetei+ DT

1.3.6. számú táblázat: Az Alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerekindikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével [79, 84]

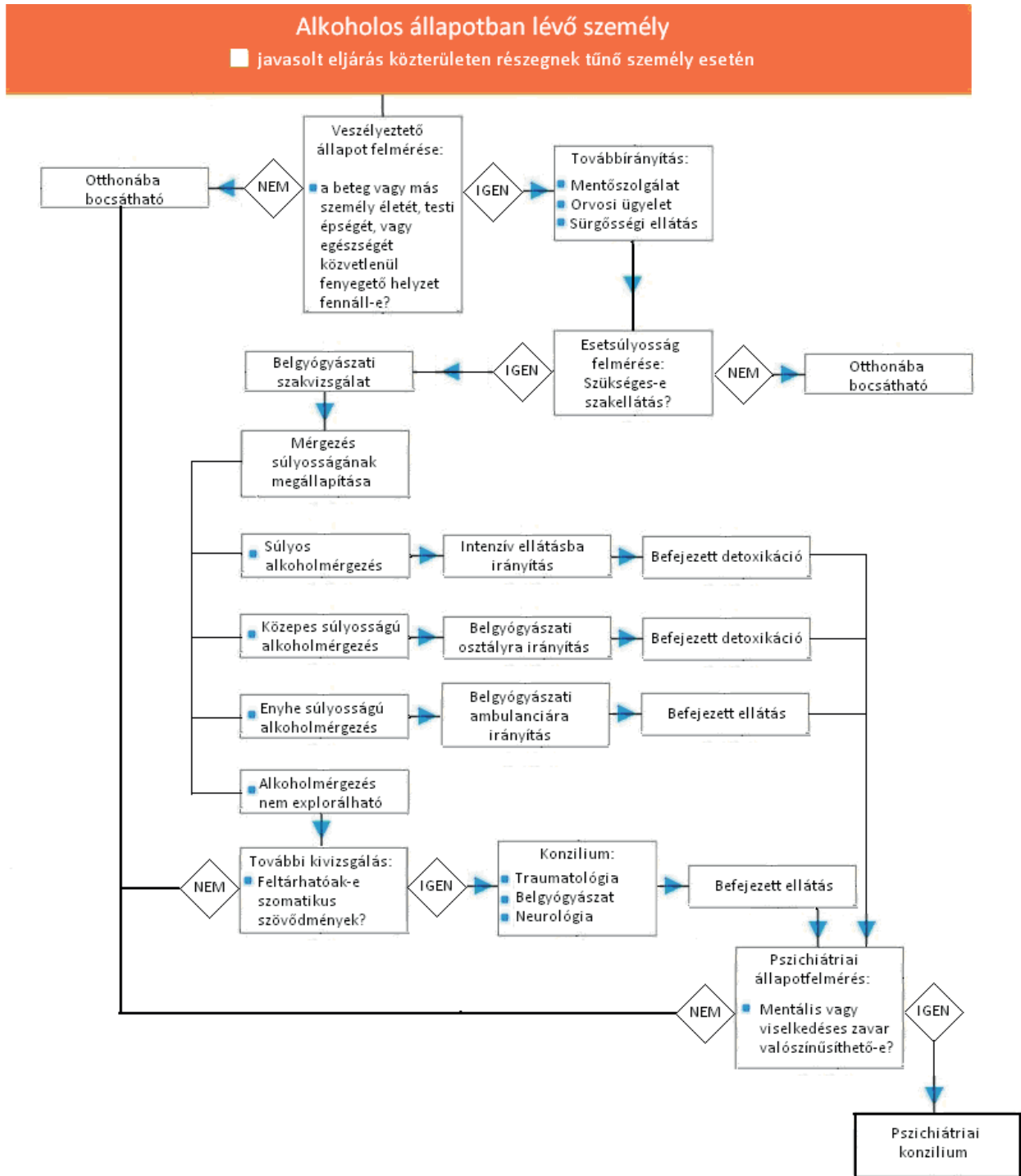
Gyógyszer/gyógyszercsoport	Indikáció/Kontraindikáció	Beviteli út
<b>BDZ</b>	elsővonalbeli szer	p.os., i.v.
diazepam	1. kórelőzményben DT 2. AMSZ lefolyása során mKR 3. periorális úton nem adható	p.os., i.v.
chlordiazepoxid	májbetegség fennállása esetén alkalmazása megfontolandó	p.os.
lorazepam	1. DT fennállása esetén	p.os.
oxazepam	2. májbetegség fennállása esetén	p.os.
midazolam	periorális úton BDZ nem adható	i.v.
<b>Barbiturát</b>	1. DT esetén 2. BDZ hiányában	i.v.
<b>Antiepileptikum</b>		p.os., i.v.
fentoin	1. másodvonalbeli szer enyhe-közepesen súlyos fokú AMSZ 2. mKR fennállása esetén	p.os., i.v.
carbamazepin		p.os.
oxcarbamazepin		p.os.
<b>Alfa-2 adrenerg receptor agonista</b>	kiegészítő terápia kifejezett vegetatív hiperaktivitási tünetek esetén	p.os., i.v.
clonidin		
dexmetomidin		
<b>Antipszichotikum</b>	1. kontraindikált AMSZ-ban 2. DT fennállása esetén	p.os., i.v.
<b>Diuretikum</b>	hatásosságukra vonatkozóan nincs szakirodalmi adat	

1.3.7. számú táblázat: A delirium tremens főbb kockázati tényezői [86]

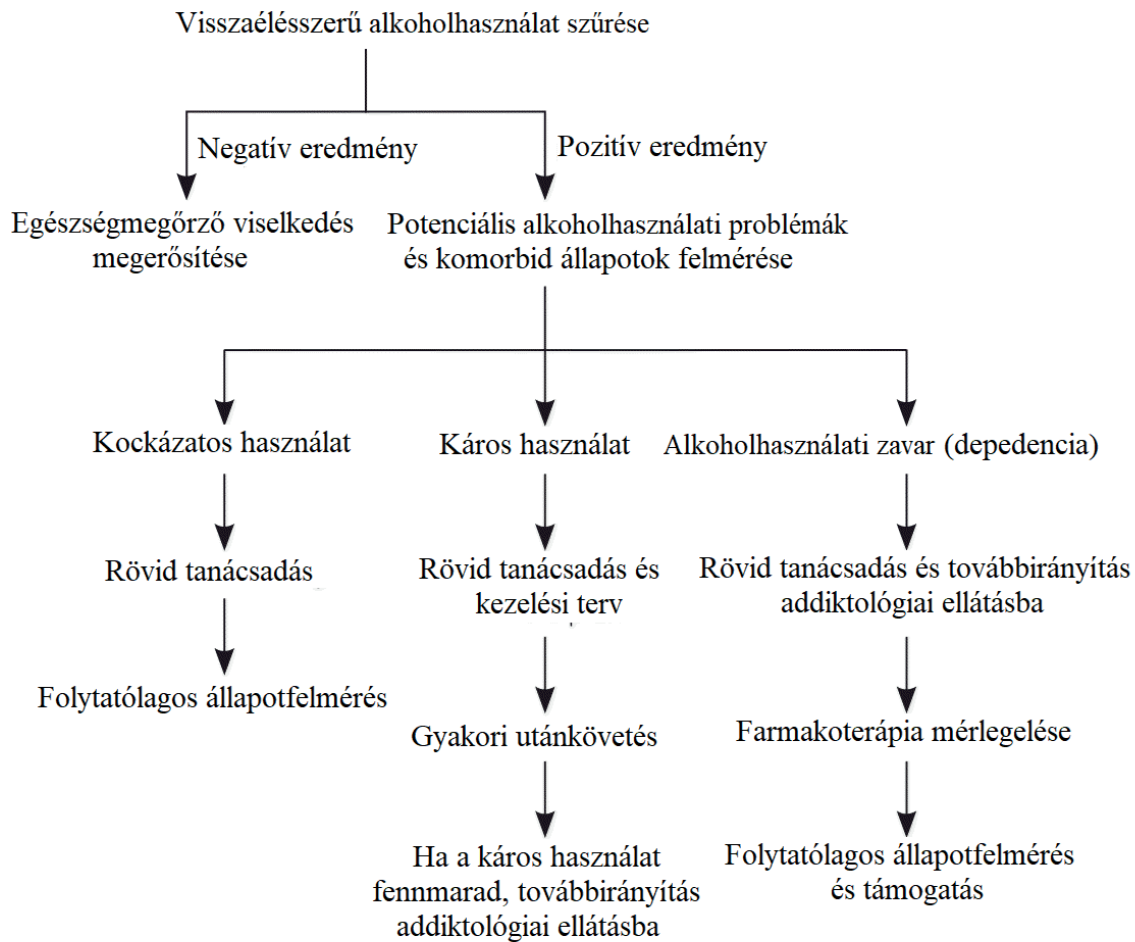
DT rizikótényezők
65 év feletti életkor
klínikailag szignifikáns szomatikus társbetegség
ko-morbid sebészeti betegség
benzodiazepin okozta dependencia
súlyos fokú alkohol okozta dependencia
alkohol okozta megvonási szindróma a kórtörténetben
delírium tremens a kórtörténetben
megvonásos konvulzív rosszullét a kórtörténetben
megvonásos konvulzív rosszullét a zajló megvonási szindróma során
alacsony thrombocita szám
alacsony Na+ szint
alacsony / magas K+ szint
1-nél magasabb SGOT/SGPT hányados

## 1.4. Algoritmusok

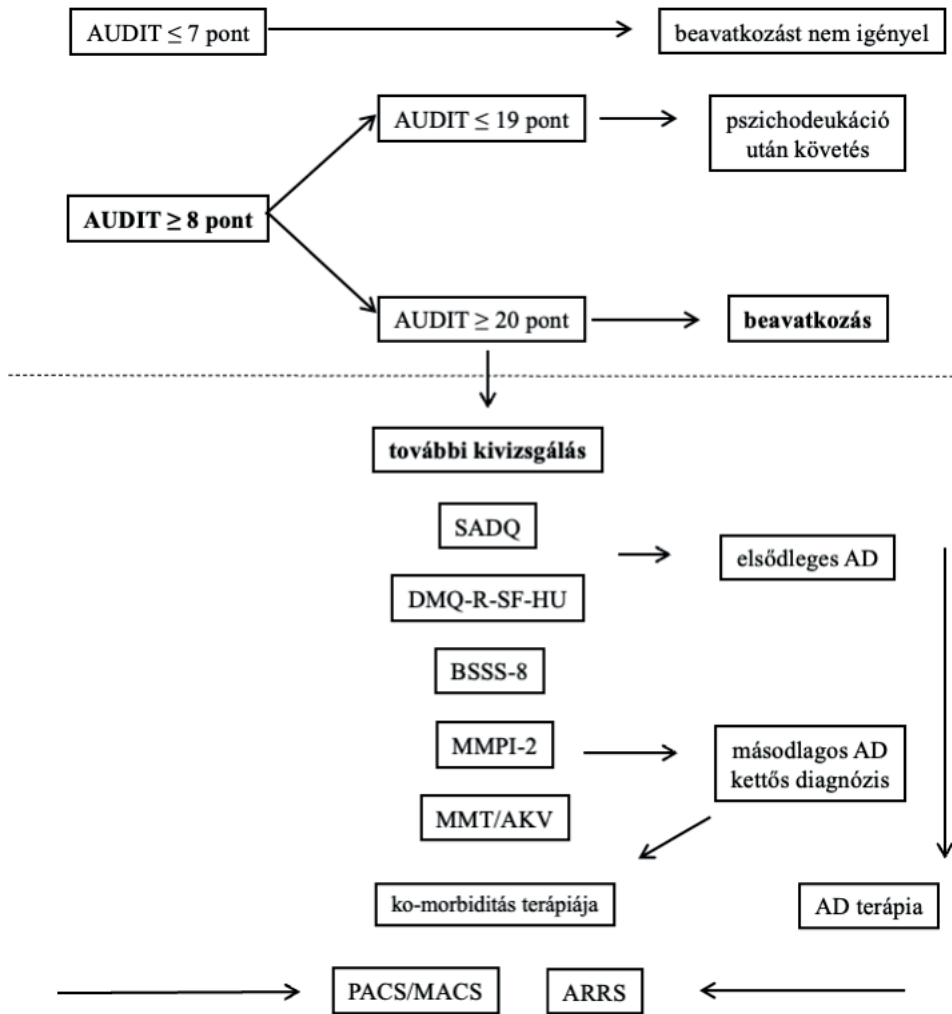
1.4.1. számú ábra: Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmusja



1.4.2. számú ábra: Szűrési és intervenciós algoritmus az alkoholhasználati zavar alapellátásban történő korai felismerésére és addiktológiai ellátás felé történő továbbirányítási indikációira vonatkozóan [17]

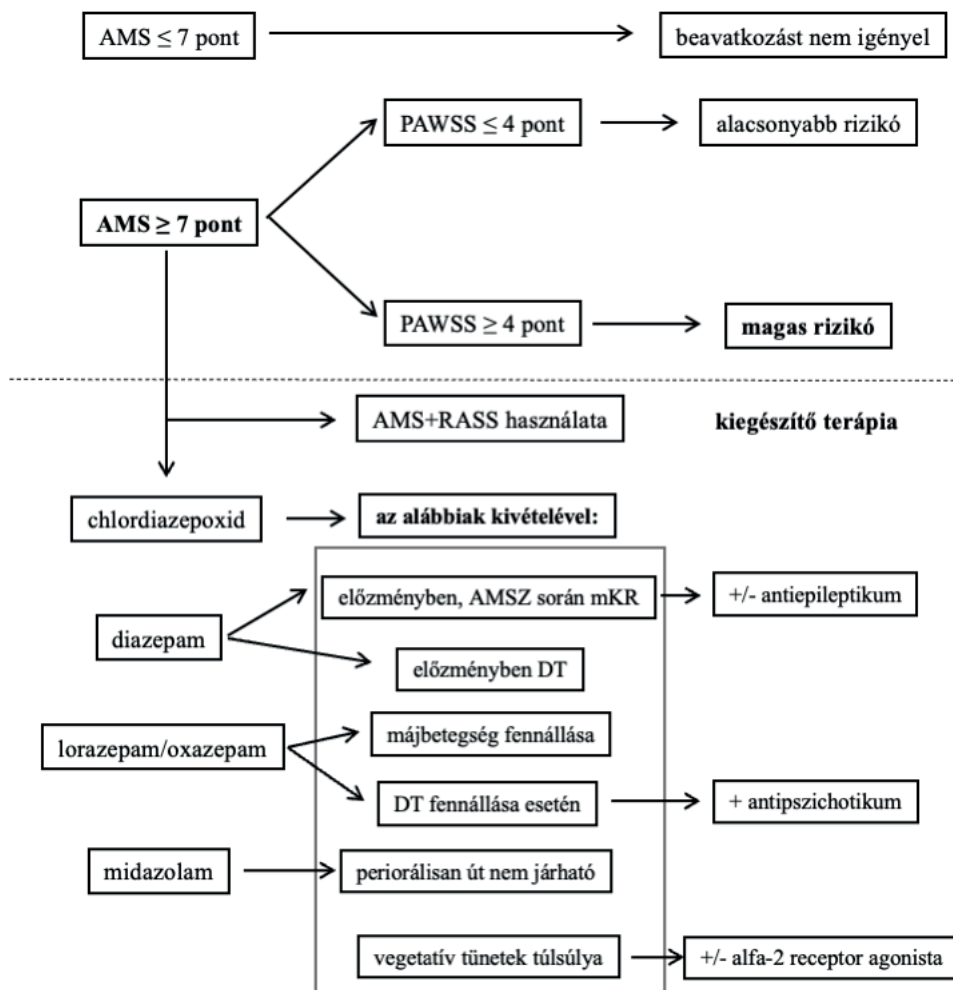


1.4.3. számú ábra: Az alkohol okozta dependencia diagnosztikai algoritmus





1.4.4. számú ábra: Az alkohol okozta megvonási szindróma ellátásának algoritmus



### 1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.

**A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ közleménye  
orvostechnikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezetek feljogosításáról**

Az orvostechnikai eszközökről szóló 4/2009. (III. 17.) EüM rendelet 27. § (4) bekezdése alapján a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központhoz érkezett kérelem alapján az alábbi szervezetet a felsorolt eszközcsoport tekintetében TÖRLI az időszakos felülvizsgálatok elvégzésére feljogosított szervezetek listájáról.

**Surányi & Horváth Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (Surányi & Horváth Kft.)**

A cég címe: 9023 Győr, Szabolcska utca 10. III/1.

Tel.: 06 (70) 318 0797, 06 (30) 288 2167

E-mail: [suranyihorvath@gmail.com](mailto:suranyihorvath@gmail.com)

Az eszközcsoport megnevezése	A feljogosító határozat	
	száma	érvényességi ideje
23. Fogászati kezelőegység	NNGYK/GYSZ/17379-2/2024/23.eszk	2024. március

\* \* \*

Az orvostechnikai eszközökről szóló 4/2009. (III. 17.) EüM rendelet 27. § (3) bekezdése alapján a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központhoz érkezett bejelentés alapján az alábbi szervezetet a felsorolt eszközcsoportok tekintetében az időszakos felülvizsgálatok elvégzésére feljogosította:

**MEDIREX Next Kft. (MEDIREX Next Kft.)**

A cég címe: 1142 Budapest, Szatmár utca 46. A ép.

Tel.: 06 (1) 444-4400

E-mail: [service@medirexnext.hu](mailto:service@medirexnext.hu)

Az eszközcsoport megnevezése	A feljogosító határozat	
	száma	érvényességi ideje
15. Gépi infúzió adagoló készülék	NNGYK/GYSZ/17998-2/2024/15.eszk.	2029. április

\* \* \*

**Meditech Center Kereskedelmi és Szolgáltató Kft. (Meditech Center Kft.)**

A cég címe: 1044 Budapest, Székesdűlő sor 32.

Tel.: 06 (20) 967-2007

E-mail: [meditech@meditechcenter.hu](mailto:meditech@meditechcenter.hu)

Az eszközcsoport megnevezése	A feljogosító határozat	
	Száma	érvényességi ideje
19. Orvosi gáz ellátó berendezés és teljes rendszer	NNGYK/GYSZ/1147-5/2024/19.eszk	2029. április

## **Az országos kórház-főigazgató 1/2024. (IV. 4.) OKFŐ utasítása az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetményén felüli díjairól és vezetői juttatásairól**

A jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. törvény 23. § (4) bekezdés c) pontja alapján, az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet 24. § (1) bekezdésében, 26. § (1) és (3) bekezdésében, valamint 27. §-ában foglalt jogkörömben eljárva a következő utasítást adom ki:

- 1. §** Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R.) 24. § (1) bekezdés e) pontjában meghatározott vezetői juttatások felső határára, az R. 26. § (1) és (3) bekezdésében meghatározott illetményen felül járó további díjakra, azok feltételeire és mértékére, valamint az R. 27. § (1) bekezdésében meghatározott visszatérítendő és vissza nem térítendő támogatások feltételeire és mértékére vonatkozó szabályokat az 1. mellékletben foglaltak szerint határozom meg.
- 2. §** (1) Ez az utasítás a közzétételét követő napon lép hatályba.  
(2) Az 1. melléklet 17.2. pontja szerinti juttatásra a vezető 2024. március 1. napjától jogosult.  
(3) Hatályát veszti az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetményén felüli díjairól és vezetői juttatásairól szóló 3/2023. (VII. 14.) OKFŐ utasítás.

*Dr. Révész János s. k.,*  
országos kórház-főigazgató

### *1. melléklet az 1/2024. (IV. 4.) OKFŐ utasításhoz*

## **Az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetményén felüli díjazásáról és vezetői juttatásairól szóló szabályzat**

### **1. A Szabályzat hatálya**

1. A Szabályzat hatálya az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) alapján az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatóra, valamint az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyre terjed ki.
2. A 17.1. és 17.2. pontban foglaltak személyi hatálya az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónak az R. 5. § (2) és (2a) bekezdése szerinti vezetőjére terjed ki. A Szabályzat 6–16. pontja, valamint 18.1. pontja kizárólag az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személyi körre vonatkoznak.

### **2. Értelmező rendelkezések**

3. A Szabályzat értelmezése során különösen az Eszjtv., az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény, valamint az R. fogalmi irányadók.
4. E Szabályzat alkalmazásában illetmény:
  - 4.1. az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy esetén az Eszjtv. 1. melléklete alapján meghatározott fizetési fokozat szerinti illetmény,
  - 4.2. az egészségügyi szakdolgozók esetén az Eszjtv. 1/A. melléklete szerinti illetmény,
  - 4.3. az egészségügyben dolgozók esetén az egészségügyi szolgálati munkaszerződés szerinti illetmény.
5. Ahol a Szabályzat irányító intézményt említ, azon irányító feladatokat el nem látó, vármegyei intézménynek és országos gyógyintézetnek minősülő, állami fenntartású egészségügyi szolgáltatókat is érteni kell, azzal, hogy kizárólag saját intézményük tekintetében tehetnek javaslatot.

### **3. Az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személyek illetményen felüli díjazása**

#### **3.1. Az ügyelet díjazása**

6. Az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy a fekvőbeteg szakellátást végző egészségügyi szolgáltatónál egészségügyi ügyelet feladatellátás esetén ügyeleti alapidíjra és kiegészítő ügyeleti díjra (a továbbiakban együtt: ügyeleti díj) jogosult.
- 7.1. Az ügyeleti alapidíj mértéke óránként bruttó 6000 Ft.
- 7.2. Az Eszjtv. 8. § (4) bekezdése szerinti személy esetében az ügyeleti alapidíj mértéke a 7.1. pont szerinti alapidíj 70%-ának megfelelő összeg.
- 8.1. Az ügyeleti alapidíjon felül az ügyeleti feladatok progresszivitási szintjeire és szakmai különbözőségére tekintettel legfeljebb az 1. függelék szerinti 15%, 30% vagy 45%-kal magasabb kiegészítő ügyeleti díjat állapíthat meg az egészségügyi szolgáltató vezetője, azzal, hogy amennyiben nem a felső mérték kerül megállapításra, az országos kórház-főigazgató előzetes egyetértését kell kérnie.
- 8.2. A heti pihenőnapon, illetve az ünnepnapon végzett ügyelet esetén a 7.1–8.1. pont szerinti ügyeleti díj 20%-kal emelkedik.

#### **3.2. A készenlét díjazása**

9. A készenlét ellátásáért az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt készenléti díj illeti meg. A készenléti díj mértéke a készenlét minden órájára a 7.1–8.2. pont szerinti ügyeleti díj egy órára eső összegének 30%-a.
10. A készenlét során elrendelt munkavégzés időtartamának kezdetét az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy értesítésétől kell számítani.

#### **3.3. Az önként vállalt többletmunkavégzés díjazása**

11. Amennyiben 6. pont szerinti ügyeleti feladat ellátásra önként vállalt többletmunkavégzés keretében kerül sor, akkor a 7.1–8.2. pont szerinti ügyeleti díj 20%-kal emelkedik.
12. Ha az önként vállalt többletmunkavégzésre nem ügyeleti feladatellátás keretében, hanem rendes munkarend szerinti (műszak szerinti) feladatok ellátása érdekében vagy készenlét alatti munkavégzéseként kerül sor, az önként vállalt többletmunkavégzés pótlékának mértéke a rendkívüli munkavégzés pótlékának 50%-kal megemelt összege.

#### **3.4. A képesítési pótlék**

13. Ha az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személynek a munkaköre ellátásához a besorolás alapjául szolgáló iskolai végzettség, illetve szakképesítés, szakképzettség mellett az egészségügyi szolgálati munkaszerződésében feltüntetett további szakképesítésre, szakképzettségre vagy azzal jogszabályban egyenértékűnek elismert képesítésre is szükség van, és azzal az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy rendelkezik, az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt az illetményén felül
  - a) egy további szakképesítés esetén bruttó negyvenezer forint összegű képesítési pótlék,
  - b) két vagy több további szakképesítés esetén bruttó hatvenezer forint összegű képesítési pótlékilleti meg.
14. Ha az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy a munkaköre ellátásához kapcsolódó doktori fokozattal vagy azzal egyenértékű tudományos fokozattal rendelkezik, bruttó egyszázezer forint összegű képesítési pótlék illeti meg.
15. A 13–14. pont szerinti képesítési pótlék megállapítása akkor lehetséges, ha a további szakképesítést, illetve a doktori vagy tudományos fokozat szerinti ismereteket az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy a munkaköre ellátásához a munkaideje legalább 25%-ában hasznosítja.
16. A 15. pontban foglaltakról a munkáltatói jogkör gyakorlója határoz.

## 4. Egyéb juttatások és támogatások

### 4.1. A vezetői juttatás

- 17.1. Az egészségügyi szolgáltatónak az R. 5. § (2) bekezdése szerinti vezetője vezetői juttatásának felső határa
- az országos fekvőbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltató esetén bruttó százötvenezer forint,
  - a vármegyei fekvőbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltató esetén bruttó százezer forint,
  - a városi fekvőbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltató és az országos társgyógyintézet esetén bruttó ötvenezer forint.
- 17.2. Az egészségügyi szolgáltatónak az R. 5. § (2a) bekezdése szerinti vezetője vezetői juttatásának felső határa
- az országos fekvőbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltató esetén bruttó hetvenötezer forint,
  - a vármegyei fekvőbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltató esetén bruttó ötvenezer forint,
  - a városi fekvőbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltató és az országos társgyógyintézet esetén bruttó huszonötezer forint.

### 4.2. A műszakpótlék

- 18.1. A műszakpótlék az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személyi kört az alábbiak szerint illeti meg, attól eltérni nem lehet. A szakdolgozók tekintetében az Eütev. 14/B. §-ában foglaltak alkalmazandók, azzal, hogy e szabályoktól a dolgozó javára a munkáltató eltérhet.
- Az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy a fekvőbeteg szakellátást végző egészségügyi szolgáltatónál 22–06 óra közötti munkavégzésre tekintettel műszakpótlékra jogosult, melynek mértéke illetményének 15%-a.
  - Az a) ponttól eltérően a több műszakos munkaidő-beosztásban foglalkoztatott, az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy 14–22 óra közötti munkavégzés idejére illetményének 15%-a szerinti műszakpótlékra, 22–06 óra közötti munkavégzés idejére illetményének 30%-a szerinti műszakpótlékra jogosult.
  - Az a) ponttól eltérően a megszakítás nélkül működő egészségügyi szolgáltatónál foglalkoztatott, az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy 14–22 óra közötti munkavégzés idejére illetményének 20%-a szerinti műszakpótlékra, 22–06 óra közötti munkavégzés idejére illetményének 40%-a szerinti műszakpótlékra jogosult.
- 18.2. A Sürgősségi Betegellátó Osztályon dolgozó egészségügyi dolgozót a 18.1. pont c) alpontjában és az Eütev. 14/B. §-ában foglaltaktól eltérően, azok helyett sürgősségi betegellátási műszakpótlék illeti meg. A sürgősségi betegellátási műszakpótlék mértéke
- az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy esetében:
    - 14–22 óra közötti munkavégzés idejére óránként bruttó 3500 Ft,
    - 22–06 óra közötti munkavégzés idejére óránként bruttó 6000 Ft,
  - az egészségügyi szakdolgozók esetében:
    - 14–22 óra közötti munkavégzés idejére óránként bruttó 2600 Ft,
    - 22–06 óra közötti munkavégzés idejére óránként bruttó 4000 Ft.
19. A 18.1. pont b) alpontja alkalmazásában több műszakos a munkaidő-beosztás, ha a munkáltató napi üzemelési ideje meghaladja a munkavállaló napi teljes munkaidejét és a munkavállalók időszakonként rendszeresen, egy napon belül egymást váltva végzik azonos tevékenységüket.

### 4.3. A helyettesítési díj

20. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt az Eszjtv. 8. § (14) bekezdése alapján helyettesítési díj illeti meg. Az Eszjtv. 8. § (14) bekezdése szerinti helyettesítési díj mértéke időarányosan a helyettesítő egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménynek
- 30%-a az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy esetén,
  - 50%-a az egészségügyi szakdolgozó esetén.
- 20.1. Amennyiben a betöltetlen munkakört több személy látja el, abban az esetben a munkáltató alacsonyabb mértékű helyettesítési díjat is megállapíthat.
- 20.2. A helyettesítési díj a helyettesítés első napjától illeti meg a helyettesítő személyt.

21. Nem jár helyettesítési díj, ha
  - a) a helyettesítés az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkaköri kötelezettsége,
  - b) a helyettesítés rendes szabadság miatt szükséges.

#### **4.4. A kirendelés díjazása**

22. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi dolgozót az Eszjtv. 11. §-a szerinti kirendelés esetén – illetményén felül – a kirendelés időtartamára kirendelési díj illeti meg, melynek mértéke az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi dolgozó kirendelés időtartamára eső illetményének 10%-a (azaz összesen a kirendelés időtartamára eső illetményének 110%-ára jogosult).

#### **4.5. Az illetménykiegészítés**

23. Illetménykiegészítés jogcímén a munkáltatói jogkör gyakorlója
  - a) eseti illetménykiegészítést,
  - b) az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 16. számú melléklete szerinti fix díjból származó juttatást (a továbbiakban: fix díj),
  - c) szakterületi támogatást nyújthat.

#### **4.6. Eseti illetménykiegészítés**

24. A munkáltatói jogkör gyakorlója az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt meghatározott munkateljesítmény eléréséért, illetve átmeneti többletfeladatok – ide nem értve a helyettesítést – teljesítéséért az országos kórház-főigazgató engedélye alapján egyszeri vagy legfeljebb a tárgyév végéig szóló határozott időre, havi rendszerességgel fizetett illetménykiegészítésben részesítheti. Eseti illetménykiegészítés kizárólag abban az esetben nyújtható, ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására fedezettel rendelkezik.
25. Az irányító intézmény az eseti illetménykiegészítés engedélyezése iránti kérelemben megjelöli – saját maga, valamint az irányított intézmények tekintetében – a megállapítás indokát, az eseti illetménykiegészítés javasolt mértékét, az érintett egészségügyi dolgozók, illetve egészségügyben dolgozók számát, valamint a várható összes éves kifizetés összegét.

#### **4.7. Fix díj**

26. A munkáltatói jogkör gyakorlója az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi dolgozó részére az országos kórház-főigazgató engedélye alapján fix díjból származó juttatást állapíthat meg határozott időre, legfeljebb a tárgyév végéig. A fix díjból származó juttatás kizárólag abban az esetben nyújtható, ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására célhoz kötött felhasználású fedezettel rendelkezik.
27. A juttatás feltételeit és annak mértékét az irányító intézmény saját maga, és a hozzá tartozó intézmények tekintetében – az intézmények betegforgalmának és progresszivitási szintjének figyelembevételével – készített javaslatára az országos kórház-főigazgató határozza meg legfeljebb tárgyév végéig. A fix díjból származó juttatás feltételeit, és mértékét az országos kórház-főigazgató legalább évente felülvizsgálja.

#### **4.8. Szakterületi támogatás**

28. A munkáltatói jogkör gyakorlója az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi dolgozó részére az országos kórház-főigazgató engedélye alapján szakterületi támogatást állapíthat meg határozott időre, legfeljebb a tárgyév végéig.
29. A szakterületi támogatás mértéke
  - a) az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személy illetményének legfeljebb 15%-a,
  - b) az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi szakdolgozó illetményének legfeljebb 20%-a.
30. Szakterületi támogatás kizárólag abban az esetben nyújtható, ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására fedezettel rendelkezik.

31. Az irányító intézmény a szakterületi támogatás engedélyezése iránti kérelemben megjelöli – saját maga, valamint a hozzá tartozó intézmények tekintetében – annak megállapítása indokát (intézmény betegforgalma, progresszivitási szintje, intézményi besorolás, szakterület, munkakör megjelölésével), a szakterületi támogatás javasolt mértékét, valamint a várható összes éves kifizetés összegét.

#### **4.9. Ellenőrzés és jelentés**

32. Az illetménykiegészítés nyújtásának feltételeit szükség szerint – különösen a költségvetési helyzet függvényében – az országos kórház-főigazgató soron kívül felülvizsgálhatja és módosíthatja, továbbá ellenőrzi azok megállapítását.
33. Az egészségügyi szolgáltató a tárgy hónapban kifizetett jelen utasítás szerinti juttatások összegéről és az abban részesült dolgozók létszámáról a kifizetés hónapját követő hónap második felében jelentést küld az OKFŐ részére.

#### **4.10. A jutalom**

34. A kiemelkedő, illetve tartósan jó munkát végző egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt a munkáltatói jogkör gyakorlója jutalomban részesítheti.
35. Naptári évenként a jutalom összege nem haladhatja meg a kifizetés esedékessége időpontjában az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy egészségügyi szolgálati munkaszerződése szerinti havi illetménye kétszeresét.
36. Jutalom kizárólag abban az esetben nyújtható, ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására fedezettel rendelkezik.

#### **4.11. Egyéb támogatások**

37. A munkáltatói jogkör gyakorlója az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy részére további visszatérítendő és vissza nem térítendő támogatásokat állapíthat meg. Ilyen támogatás lehet:
- a) cafeteria-juttatás,
  - b) családalapítással, gyermekneveléssel összefüggő támogatások,
  - c) lakhatási jellegű támogatások,
  - d) szociális segély,
  - e) illetményelőleg.
38. Nem nyújtható támogatás annak a foglalkoztatottnak, aki kérelmében, nyilatkozatában szándékosan valótlan adatot, tényt közöl, vagy valamely jelentős tény, körülményt elhallgat.
39. A támogatások kizárólag abban az esetben nyújthatók, ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében a támogatások nyújtására fedezettel rendelkezik.
40. A támogatások feltételeit, mértékét, az igénylés és visszatérítés menetét a munkáltatói jogkör gyakorlója határozza meg.

**A Szabályzat 8.1. pontja szerinti kiegészítő ügyeleti díj megállapításának szempontjai**

**I. Intézményi bontásban az alábbi intézmények tartoznak a magasan leterhelt kategóriába:**

Intézmény megnevezése	Terheltség
Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház	magas
Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház	magas
Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház	magas
Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház	magas
Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet	magas
Budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet	magas
Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház	magas
Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház	magas
Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórház	magas
Észak-budai Szent János Centrumkórház	magas
Békés Vármegyei Központi Kórház	magas
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet	magas
Jász-Nagykun-Szolnok Vármegyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet	magas
Kistarcsai Flór Ferenc Kórház	magas
Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	magas
Heves Vármegyei Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet	magas
Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	magas
Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet	magas
Komárom-Esztergom Vármegyei Szent Borbála Kórház	magas
Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház	magas
Ceglédi Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet	magas
Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház	magas
Budapesti Uzsoki Utcai Kórház	magas
Tolna Vármegyei Balassa János Kórház	magas
Váci Jávorszky Ödön Kórház	magas
Nógrád Vármegyei Szent Lázár Kórház	magas
Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet	magas
Budapesti Dr. Manninger Jenő Baleseti Központ	magas
Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház	magas



**II. Az orvos-szakmák leterheltségi szempontú besorolása:**

Magas	Közepes	Alacsony
Aneszteziológia és intenzív terápia	Kardiológia**	Bőrgyógyászat
Oxyológia és sürgősségi orvostan*	Csecsemő- és gyermekgyógyászat***	Plasztikai és égés-sebészet
Szívsebészet	Tüdőgyógyászat	Nukleáris medicina
Radiológia	Hematológia	Sugárterápia
Sebészet	Gyermek- és ifjúságpszichiátria	Arc-, állcsont- és szájsebészet
Pszichiátria	Orvosi laboratóriumi diagnosztika	Klinikai onkológia
Szülészeti-nőgyógyászat	Fül-orr-gégegyógyászat	Patológia
Gasztroenterológia	Nefrológia	Transzfuziológia
Belgyógyászat	Infektológia	Reumatológia
Ortopédia és traumatológia	Urológia	Geriatríia
Idegsebészet	Orvosi mikrobiológia	Rehabilitációs ellátás
Mellkasebészet	Szemészet	Krónikus ellátás
Érsebészet		Rehabilitációs medicina
Neurológia, Stroke ellátás		Ápolási osztály
Invazív Kardiológia		Hospice
Csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia		
PIC		
Gyermeksebészet		

**III. Az ügyeleti díj mértéke intézményi/szakmai besorolás alapján:**

Adott Intézmény – Osztály (ügyeleti) forgalma	SZAKMA terheltsége		
	ALACSONY	KÖZEPES	MAGAS
ALACSONY	0%	15%	30%
MAGAS	15%	30%	45%

\* A sürgősségi betegellátó osztályon, sürgősségi centrumban műszak szervezése kötelező.

\*\* Kivéve invazív kardiológia.

\*\*\* Kivéve csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia, PIC.

## VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

## VII. RÉSZ Vegyes közlemények

### Pályázati hirdetmény betölthető állásokra

#### ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

*Tisztelt Hirdetők, Olvasók!*

A pályázati hirdetményeket terjedelmi okokból és a jobb áttekinthetőség érdekében táblázatos formában közöljük. Kérjük, hogy álláshirdetéseik szövegezésénél vegyék figyelembe, hogy a rovatok csak a legszükségesebb információk közlésére adnak *lehetőséget*. **A hirdetményeket külön ez irányú kérelemre legfeljebb 3 alkalommal ismételjük meg, további közlésre csak újabb kérés esetén van lehetőség.** A gyors megjelenés érdekében a pályázati hirdetményeket közvetlenül a szerkesztőségnek küldjük meg **levélben (1051 Bp., József Attila utca 2–4., vagy e-mailben a [benedek.nadasdy-horvath@bm.gov.hu](mailto:benedek.nadasdy-horvath@bm.gov.hu)).**

Az Egészségügyi Közlöny szerkesztőségének telefonszáma 36 (1) 999-4515.

A közléssel kapcsolatban a fenti telefonszámon tudunk tájékoztatást adni.

**Tájékoztatjuk tisztelt hirdetőinket, hogy a pályázati hirdetmények szövegéből kénytelenek vagyunk elhagyni azokat a pályázati feltételeket, amelyek közzététele jogszabályba ütközik, nem hatályos jogszabályon alapul, illetve indokolatlan diszkriminációt tartalmaz (pl. életkori, nemhez kötött, a magyar végzettséget vagy állampolgárságot preferáló előírások).**

A jogszabály alapján kötelezően meghirdetendő pályázatok térítésmentes közzétételére egy alkalommal van lehetőség, az ismételt közzététel az általános hirdetési áron történik, amelyről az Egészségügyi Közlöny kiadója (a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó, telefonszám: 266-9290 vagy 266-9294) ad felvilágosítást.

**A pályázatoknál kérjük – a hatályos jogszabályokra is figyelemmel – feltüntetni, hogy a pályázati határidő kezdő időpontjának a hirdető a megjelenés melyik helyét tekinti. Eltérő közlés hiányában a pályázati határidő hirdetmény szerinti kezdő időpontja az Egészségügyi Közlönyben való megjelenés. A Közzolgálati Személyzetfejlesztési Főigazgatóság honlapján is megjelenő hirdetések esetén a honlapon feltüntetett határidők az irányadók, eltérő közlés esetén is.**

Amennyiben a közlésnél más időpontot nem jelöltünk meg, úgy a hirdetett állás a pályázatok elbírálását követően azonnal betölthető. Az állások bérezése a hatályos jogszabályok alapján történik.

**A szerkesztőség felhívja a hirdetők figyelmét arra, hogy a tévesen, hiányosan vagy félreérthető módon megfogalmazott és így megküldött hirdetésekből adódó esetleges hibákért felelősséget nem vállal. Az esetleges hibák elkerülése érdekében kérjük, hogy hirdetéseiket ne kézírásos formában juttassák el a szerkesztőség részére. Az olvashatatlanul megküldött hirdetések közzétételét nem vállaljuk.**

#### PÁLYÁZATI HIRDETMEYNEK EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYVEZETŐI ÉS ORVOSVEZETŐI ÁLLÁSOKRA

A **Parádfürdői Állami Kórház** (3244 Parádfürdő, Kossuth Lajos út 221.) főigazgatója az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény alapján pályázatot hirdet **Rehabilitációs Medicina Alaptevékenység Osztályra osztályvezető főorvos** beosztás ellátására határozatlan idejű jogviszonyra szóló kinevezéssel és határozatlan időre szóló vezetői megbízással.

**Bérezés:** az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény szerint.

**Foglalkoztatás:** teljes munkaidő.

**Pályázati feltétel:**

- mozgásszervi rehabilitációs szakorvosi képesítés,
- rehabilitációs területen szerzett legalább 5 éves szakmai gyakorlat,
- büntetlen előélet.

**Feladata:** a képzésének megfelelő szakorvosi tevékenység végzése, az osztály szakmai munkájának szervezése, irányítása és ellenőrzése.

**A jelentkezéshez csatolandók:**

- végzettséget igazoló okmányok másolata,
- fényképes szakmai önéletrajz,
- működési nyilvántartás érvényesítéséről szóló határozat,
- 3 hónapnál nem régebbi hatósági bizonyítvány (erkölcsi),
- hozzájárulás a pályázati anyag elbírálásában résztvevők betekintési jogához.

**Jelentkezési határidő:** 2024. április 25.

**A pályázat elbírálása:** a benyújtási határidőt követő 15 napon belül.

**Az állás betöltése:** az állás a pályázat elbírálását követően azonnal betölthető.

**Egyéb információ:** a pályázati anyagot postai úton a kórház címére történő megküldéssel, elektronikus úton a kórház titkársága részére a [korhaz@paradfurdo.hu](mailto:korhaz@paradfurdo.hu) e-mail-címen keresztül kérjük benyújtani. A pályázati kiírással kapcsolatosan további információt a főigazgató nyújt a 06 (36) 544-801-es telefonszámon.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK EGÉSZSÉGÜGYI SZAKKÉPESÍTÉSHEZ NEM KÖTÖTT VEZETŐI ÉS EGYÉB ÁLLÁSOKRA

**A Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház (9700 Szombathely, Markusovszky Lajos utca 5.)** az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény alapján pályázatot hirdet Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely **Molekuláris Patológia Laboratórium vezető munkakör** betöltésére.

**A szolgálati jogviszony időtartama:** határozatlan idejű egészségügyi szolgálati jogviszony.

**Foglalkoztatás jellege:** teljes munkaidő.

**A munkavégzés helye:** Vas vármegye, 9700 Szombathely, Markusovszky Lajos utca 5.

**A munkakörbe tartozó, illetve a vezetői megbízással járó lényeges feladatok:** Molekuláris Patológia (MP) laboratórium vezetése, a jövőbeli fejlesztések stratégiai kidolgozására és kivitelezésére.

**Illetmény és juttatások:** az illetmény megállapítására és a juttatásokra az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény, annak végrehajtási rendeletei és az OKFŐ utasításai az irányadóak.

**Pályázati feltételek:** molekuláris genetikában jártas, doktori fokozattal (PhD) rendelkező biológus. Előnyt jelent, ha a jelölt rendelkezik már molekuláris genetikai szakvizsgával, de ha nem, akkor határozott elvárás a végzettség néhány éven belüli megszerzése.

**A pályázat részeként benyújtandó iratok, igazolások:**

- szakmai önéletrajz,
- szakmai végzettséget igazoló okiratok másolatai,
- működési nyilvántartás igazolása,
- 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány,
- nyilatkozat arra vonatkozóan, hogy pályázatát az illetékes bírálók véleményezzék és megismerjék.

**A munkakör betölthetőségének időpontja:** a munkakör a pályázatok elbírálását követően azonnal betölthető.

**A pályázat benyújtásának határideje:** 2024. április 30.

**A pályázatok benyújtásának módja:** jelentkezést Europass típusú önéletrajz, szakmai végzettséget igazoló okiratok másolatának benyújtásával Dr. Nagy Lajos részére, a [foigazgato@markusovszky.hu](mailto:foigazgato@markusovszky.hu) e-mail-címen keresztül, vagy személyesen: Dr. Nagy Lajos főigazgató, Vas vármegye, 9700 Szombathely, Markusovszky utca 5. címre kell benyújtani.

**A pályázat elbírálásának határideje:** 2024. május 14.

**A pályázati kiírás további közzétételének helye, ideje:**

- [www.markusovszky.hu](http://www.markusovszky.hu),
- OKFŐ honlap,
- Közzszolg.állás.

---

Szerkeszti a Belügyminisztérium Humán Kodifikációs Főosztály Egészségpolitikai Jogi Osztálya.  
Szerkesztőség: 1051 Bp., József Attila utca 2–4. Telefon: 36 (1) 999-4515.  
Kiadja a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó Kft., 1085 Bp., Somogyi Béla u. 6., [www.mhk.hu](http://www.mhk.hu)  
Felelős kiadó: Németh Balázs ügyvezető.

---

A pályázati hirdetésektől eltérő hirdetések felvétele a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó Kft.-nél (1085 Bp., Somogyi Béla u. 6.) történik.

Amennyiben a megrendelő a hirdetésében emblémát kíván megjelentetni, azt tartozik a megrendeléséhez fotózásra alkalmas módon mellékelni.

**HU ISSN 2063-1146**