

Integrációs kutatások a pszichoterápiában*

Tringer László

213

Összefoglalás: A szerző a pszichoterápiával kapcsolatos kutatásoknak azt a csoportját tekinti át, amely a „hogyan használ” kérdésre keresi a választ. Olyan, elsősorban a 2000. évtől publikált metaanalitikai tanulmányokat elemzett, amelyek a pszichoterápiák közös hatótényezőit tűzik vizsgálat tárgyává. Megállapítja, hogy megbízható elemzések alapján a pszichoterápiák sokféleségében közös hatótényezők érvényesülnek, amelyek a terápiás hatás nagy részéért felelősek. Az egyes módszerek speciális technikáinak szerepe többnyire másodlagos, és csak a terápia előrehaladott stádiumában van jelentősége. A közös hatótényezők alapján a pszichoterápiák integratív szemlélete kerül előtérbe. Ennek alapján új – integratív – paradigmák jelennek meg a szakirodalomban, amelyeket a szerző röviden felsorol. Ezen túlmenően a pszichoterápiák integrált szemlélete egy magasabb szintű elméleti szintézist tesz lehetővé.
Kulcsszavak: pszichoterápiás kutatás; közös hatótényezők; mindfulness; integráció a pszichoterápiában

Summary: The author analyses metanalytic studies published after 2000, dealing with the common factors of psychotherapeutic interventions. Most studies conclude that there are common factors responsible for the most part of therapeutic effectiveness of the different psychotherapeutic methods. The significance of the specific techniques of the different methods, on the other hand, seems to be secondary, playing role only in the advanced phase of the therapeutic process. The integration of psychotherapies comes into the limelight on the basis of research of common factors. The integration view makes the appearance of new concepts possible, which are presented in short. A further synthesis of higher order concerning the philosophy of psychotherapies becomes possible as well.

Keywords: psychotherapy research; common factors; mindfulness; integration of psychotherapies

Bevezetés

A pszichoterápiás kutatások három nagy tartományán belül (mi használ, hogyan használ, ki-nek használ?) az utóbbi időben elmozdulás történik a „hogyan használ” irányába. A szigorúan kontrollált, randomizált tanulmányok helyett (amelyek a „mi használ?” – kérdésre válaszolnak), nyitottabb, esetenként egyedi esettanulmányokra támaszkodó vizsgálatok száma szaporodik (Empirically supported trials – EST).

A pénzügyi megszorítások időszakát megelőzően a randomizált klinikai vizsgálatok (Randomized Clinical Trial: RCT) elvei uralkodtak a kutatásokban, amelyek a klinikofarmakológiai vizsgálatok módszertani szigorát követték. A belső validitás érdekében homogén csoportokat

állítottak össze, az egyes ágakban előre rögzített műveleteket fogatosítottak, terápiás kézikönyvek (manuálok) alapján dolgoztak. Háttérbe szorultak viszont a vizsgálat külső validitásának szempontjai (például: a beteg a kezelést követően kevesebb egészség-szolgáltatást vesz igénybe). A randomizált vizsgálatok a pszichoterápiás módszerek burjánzásának kedveznek, hiszen egy terápiás manuál összeállítója szívesen emeli az eljárást egy „új módszer” rangjára.

A pszichoterápiának az egészségügyi ellátásban való térnyerése mellett manapság háttérbe szorul a módszertani specifikumok kérdése, a „módszertani obsessio”, ahogy Silverman megfogalmazza (1). Az integrációs kutatások elsősorban arra irányulnak, hogy milyen közös tényezők felelősek a pszichoterápia gyakorlati

* A Magyar Pszichiátriai Társaság XVI. Vándorgyűlésén (2011. jan. 26–29.) Sopronban tartott előadás átdolgozott változata.

hasznáért. A közös faktor koncepció általánosítható, közös alapelvekre irányul. A specifikus beavatkozások hangsúlyozása viszont disztinktív jellegű, az egyes iskolák, módszerek közötti különbségeket helyezi előtérbe. A „specifikumok” nem ritkán a piaci versengés érdekeit, a másoktól való elhatárolódást, a saját „árucikknek” a piaci értékesítését szolgálják.

A pszichoterápiák hatékonyságának tudományos bizonyossága minden egyéb terápiás kutatás mértékét meghaladja. Az egyes módszerek és megközelítések között különbséget kimutatni viszont ritkán sikerül. Amennyiben mégis, úgy általában a kognitív orientáció kerül fölénybe. Ugyanakkor ki kell emelnünk, hogy a módszerek adta különbségek még a legszigorúbban tervezett kutatások esetén is nagyrészt a terapeuta elkötelezettségének (allegiance) javára írhatóak. Amennyiben ezt a hatást kivonjuk, az egyes megközelítések között különbséget nem lehet kimutatni (2).

A közös hatótényezőkkel kapcsolatos kutatások

A „mi használ” típusú vizsgálatok döntő kérdése: a pszichoterápia általános hatótényezőinek, vagy az egyes módszerek adta specifikus, „technikai” beavatkozásoknak van elsődleges szerepe? Amennyiben az előbbi, akkor a pszichoterápiák közös hatótényezőire esik a hangsúly, amennyiben az utóbbi, akkor a „módszer” adta technika kerül előtérbe. Előbbi esetben a pszichoterápiák közös alapjait vizsgáljuk.

A pszichoterápiák integrációja kifejezés többértelmű. Tanulmányom nem a módszerkombinációkról szól, amely törekvést ugyancsak „integratívnak” nevezik (3).

Elsősorban olyan metaanalitikai tanulmányokra támaszkodom, amelyeket a „pszichoterápia” és az „integráció” kifejezéssel hívhatunk elő az elektronikus könyvtárakból. A tanulmányok három fő csoportot alkotnak: a pszichoterápia hatékonysága általában, a nyitott klinikai tanulmányok (EST), és a közös faktorok elemzése (4). Döntően a harmadik csoportba tartozó tanulmányokkal foglalkozom. A közös faktorok

keresése több évtizedes múltra nyúlik vissza, amelyekre nézve a szakirodalom számos esetben közös álláspontot alakított ki. Tanulmányom a közös-faktor kutatásból kibontakozó, gyümölcsöző koncepciókat emeli ki, amelyek egyúttal a közös-faktor gondolatot egy magasabb szintű rendszerbe illesztik.

A közös és a specifikus faktorok összehasonlítása

Harword és mtsai egy nagyszabású metaanalízis alapján megállapítják, hogy a közös faktorok szerepe rendkívül jelentős, ezek hiánya a pszichoterápia hatását lerontja. A közös faktorok és a specifikus beavatkozások szerepe additív. Az utóbbiaknak a terápia későbbi szakaszában van nagyobb jelentősége, míg a közös faktorok a terápia megalapozását biztosítják (5). Egyértelmű, hogy a rogersi iskolának tulajdonítható empátia, elfogadás és kongruencia tényezői alapvetőek minden pszichoterápiában, és hiányuk eredménytelenségre vezet. Kutatásaikat összegezve a szerzők megállapítják, hogy a közös faktorok felelősek a terápiás változás nagyobb részéért. Számos tanulmány még ennél is tovább megy, és a specifikus tényezők szerepét a közös faktorok mellett elhanyagolhatónak tartja (6).

Kontrollált tanulmányok sokasága igazolja, hogy a terápiás technikától, pl. a manuálokban rögzített eljárásoktól függetlenül a terápia eredményességét leginkább a folyamatváltozókhoz sorolható közös faktorok alapján lehet megjósolni (7).

A hatékony terápiás elemek elkülönítésére gyakran alkalmazzák a „dismantling study” típusú vizsgálatokat. Két vagy több csoportot hasonlítanak össze: egyikben adva van egy konkrét faktor, a másikban nincs. Egy ilyen vizsgálat alapján *Jacobson és mtsai* kimutatták, hogy a kimeneti és follow-up méréseket illetően a következő három terápiás csoport között nincs kimutatható különbség:

1. Behavior Activation (BA),
2. BA+diszfunkcionális gondolatok módosítása
3. 2+Cognitive Therapy (CT esetén a sémák módosítása is szerepel)

A meglepő eredmény annak ellenére született, hogy a résztvevő terapeuták meggyőződése szerint a kognitív terápia a leghatékonyabb módszerek. Kimutatható volt, hogy a BA változatban is bekövetkeztek séma-módosulások. A kutatócsoport megállapítja, hogy a terápiás eredmények és a technikai megoldások között kevés a kapcsolat (8).

Yalom az egyik úttörője a közös faktorok koncepciónak. Ő megkülönbözteti a mag-faktorokat és a front-faktorokat. (Utóbbiak a terapeuta intervenciók, előbbiek pl. a kapcsolat) azonosak a különböző terápiaiban (9).

Lambert és Ogles a közös faktorokat három átfogó koncepcióba sorolja: támogató, tanulási és akciós faktorok. Miller és munkatársai viszont négy faktor-csoportot tételeznek fel: Páciens-faktorok, kapcsolati faktorok, remény-expektancia és technikai faktorok. A két koncepció között nincs ellentmondás, hiszen a Miller-féle „technikai faktorok” nem tartoznak a „közös faktor” csoportba. *Asay and Lambert* (10) szerint a terápiás eredmények 40%-a a „páciens” (azaz közös) faktoroknak köszönhető. A terápiás folyamat mérőszámai (vagyis döntően a közös faktorok) a kimenetellel szorosabb kapcsolatban vannak, mint a technikai-módszerbeli kérdések. Az elméletileg eltérő irányzatoknál is ugyanazok a folyamat-tényezők érvényesülnek. Vagyis a manuálokban foglalt előírások szerepe háttérbe szorul.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a RCT és az EST típusú vizsgálatok alapján bizonyos (technikai) tényezők és a terápiás kimenetel között ok-okozati kapcsolatot tételezhetünk fel. Ez azonban nem elég bizonyíték arra, hogy ezek a tényezők lennének felelősek a terápiás eredményekért. Ugyanakkor a közös faktorok nézőpontjából inkább csak korrelációkat és nem ok-okozati összefüggéseket állapítunk meg.

A közös faktorok előtérbe állítása nem jelenti azt, hogy a pszichoterápiás „technikák” fölöslegesek. Sőt, alkalmasak arra, hogy a technikai fogásokat a páciens saját elképzeléseihez, narratíváihoz lehessen igazítani. Minél árnyaltabban képzett a terapeuta, annál sikeresebb egy közös modell kidolgozásában. *Frank* szerint: A speciális technikáknak a közös faktorokra kell alapozni.

A közös faktorok szerepe (elsősorban a kapcsolati összetevők) világlik ki azokban a vizsgálatokban is, amelyek képzett és képzetlen terapeuták eredményeit hasonlítják össze. Nagy általánosságban megállapítható, hogy a módszer-specifikus terapeuták eredményei nem különíthetők el az alacsonyabb szinten képzettekétől.

A közös faktor gondolatból kibontakozó kutatási és terápiás irányok

Azok a koncepciók, amelyek a közös faktor-kutatás termékei, újszerű megvilágításba helyezték a pszichoterápia hatásmechanizmusára vonatkozó ismereteinket.

1. Mindfulness (önészlelet)

Egy ilyen integrációs kategória a „mindfulness”. A mindfulness fogalomnak a szakirodalomba való berobbanása megdöbbentő. Több százezer hivatkozást találunk a keresőben.

A kifejezés egyik jól sikerült magyar fordítása a Kulcsár Zsuzsa-féle „jelen-tudatosság”. Magam az önészlelet kifejezést javasoltam. Mások a „belső figyelem” kifejezést részesítik előnyben (11).

A fogalomnak kettős jelentése van: „mindful awareness”, ez inkább egy állapotot jelöl, és a „mindful practice”: amely egy folyamatra utal. *Shapiro* definíciója szerint: szándékos, nyitott, elfogadó, részletező figyelem minden iránt, ami a jelenben történik (12). Az önészleletnek három elemét különíti el:

1. Szándékosság (Intention)
2. Figyelem (Attention)
3. Beállítódás (Attitude)

A mindfulness gyakorlása során a személy önmagát észleli, mint észlelőt, (disidentification), és az élményeket újra átéli (reperceive). Mindez változás kiindulópontja lehet, mivel az újra átélés során alternatív átélési módok számára is lehetőség nyílik (míg az első szintű átélést a kognitív sémák determinálják).

Az újra átélés az önészlelet fontos összetevője, de *Shapiro* szerint bizonyos fokig független attól (13). A tréning során a személy önészlelete fokozódik, magatartása flexibilisebbé válik, a

stresszel való megküzdés képessége javul, értékei újra előtérbe kerülnek (14). A mindfulness a gyakorlatban CBT technikákkal ötvöződik, mint pl. a Linehan-féle dialektikus behavior terápia (15).

Megjegyzem, hogy az „újra átélés” (reperceive) fogalma a klasszikus ontológiában régóta ismeretes: „reditio completa” (vagyis az alany önmagát észleli, mint észlelőt) (16).

2. A generikus modell

Orlinsky és Howard „generikus” modellje szerint a pszichoterápia bemeneti változói, a folyamat és a kimeneti változók bizonyos fokig függetlenek egymástól (17). A változók az idő és a kontextus függvényében variálnak. A csoportokon (cluster) belül a közös faktorok és a specifikus faktorok aránya változhat. Megállapítható, hogy negatív interakció van a két típusú beavatkozás között. Magas szintű közös faktor-beavatkozás és magas szintű specifikus intervenció inkább gátolja egymást. A kétféle beavatkozás megfelelő aránya nagymértékben befolyásolja a kimeneti eredményeket.

A közös faktorokhoz tartozó tényezők szerepe különösen a terápia elején jelentős. Mivel azonban a terápiás kapcsolat első szakaszában többnyire eldől a kezelés végső kimentele is, a közös faktorok szerepe mindenképpen jelentősebb, mint a specifikus beavatkozásoké.

3. A placebo kérdés

A közös faktorokra irányuló kutatások a placebo kérdést is új megvilágításba helyezték.

A RCT típusú pszichoterápiás kutatásokban a „placebo ág” igazában nem placebo (18). Utóbbi mindig fölényben van, ha a „nem-kezelés” helyett (pl. várólista) hasonlítjuk össze. A placebo hatást egyesek gyakran összekeverik a non-specifikus, illetve közös hatótényezőkkel. Az ilyen kutatókat némi gúnnyal „placebologistáknak” nevezik. Fontos, hogy a non-specifikus faktorok kifejezés helyett a közös faktorok elnevezést használjuk, mivel a pszichoterápia legfontosabb hatótényezőiről van szó, s nem helyes, ha ennek elnevezését negatív terminusokkal adjuk vissza.

4. „Korai válasz” vizsgálatok

Régi tapasztalat a pszichoterápiában, hogy az első ülés (ülések) sikere egyben az egész terápia sikerét jelzi előre (19). A korai eredménnyel kapcsolatos első vizsgálatok a német Rogers-iskola munkatársaitól (*Helm és Tausch*) származnak (20). *Fennel és Teasdale* kimutatták, hogy a korai responderek a terápiában aktívabban vesznek részt, és a végső kimenetel eredményesebb, mint a késői respondereknél (21). Nyilvánvaló, hogy a korai válasz esetén a pszichoterápia esetleges specifikus faktorai nem, vagy alig érvényesülhetnek. *Ilardi és Craighead* megállapítja, hogy a közös faktoroknak túlnyomó szerepe van a terápiás eredményekben (22). Például a terápia korai fázisában nyújtott felvilágosítás + házi feladatok abban segítik a páciens, hogy reagáljon a nonspecifikus faktorokra. Ezzel felkeltik a reményt, amely *Frank* szerint a terápia közös elemeinek lényeges része (remoralizáció) (23).

5. Expectantia kutatások

A páciens várakozása a terápia közös elemeinek lényeges része. Három elemét különítjük el: kimenet, szerep- és kontroll expectantia. Utóbbi a külső kontroll–belső kontroll ismert személyiségdimenzióval kapcsolatos (24). Az irodalmi adatok amellel szólnak, hogy az expectantia pozitív korrelációt ad a kimenetellel. Elsősorban a belső kontroll felé való elmozdulásnak van jelentősége. A várakozás, hit, hogy jobban leszek, és a dolgokat jobban kézben tudom tartani, terápiás hatóerőt jelent (25).

6. Narrativa-kutatások

A pszichoterápiák konvergenciájának egyik csomópontja a narratív szemlélet. A pszichoterápiás diskurzus nagy egységei a pszichoanalitikus „történetek” (például az oedipális konfliktusok). A humanisztikus pszichoterápiák microcounselling nézőpontja a diskurzus molekuláris egységeire helyezi a hangsúlyt. A narratív szemlélet egységeit, a „narratívumokat” a kettő közé helyezhetjük. A pszichoterápia a narratív artikuláció és rekonstrukció nyelvi gyakorlata (*McLeod* 2004). Az idevágó kutatásokon belül két szemlélet különíthető el.

A kognitív-konstruktivista irányzat szerint a páciens konstruálja saját világát, amelyet a nyelv csupán megjelenít, reprezentál. Kognitív-konstrukcionista pszichoterápiás irány szerint viszont a narratíva a szociális közegben születik, konstruálódik. Előbbi esetben a nyelv csak közvetít, utóbbi esetben viszont maga a nyelv az alkotó folyamat.

A terápiában a szakember, mintegy ko-autor, részt vesz az énrre vonatkozó olyan narratívák rekonstrukciójában, amelyek nem felelnek meg a páciens tapasztalatainak. Más terminológiával ugyanazt fejezzük ki, amikor az önkép és reális én differenciára utalunk.

A narratívákra irányuló kutatások többsége az egyedi elemzés módszerét alkalmazza (26). Például *Meier és mtsai* (2003) kiemelik a központi témát, és ennek rendelik alá a melléktémákat (téma-analízis módszere). A terápia során jelentésmódosulás következik be, a páciens az intraperszonális kontextustól az interperszonális felé mozdul el. A megbetegítő, inefektív narratívák két típusát különítik el: a leegyszerűsítő (impoverished) és a dezorganizált típust. A narratíva öndialógusként is felfogható, s ebben a vonatkozásban a kifejezés a Rogers-Helm féle intraperszonális beszéddel azonosítható.

7. Pszichoterápia a pszichiátriában

A közös faktor koncepció a pszichoterápia és a pszichiátria kapcsolatát is új megvilágításba helyezi. A pszichoterápiák orvosi modellje a kérdést az idegtudományok szempontjából vizsgálja meg. Ebben a megközelítésben is a közös hatótényezők iránti kutatás nyilvánul meg. Az agy és az elme fogalma itt egybemosódik. A pszichoterápia úgy jelenik meg, mint egy hatékony eszköz az agyműködés, sőt, mint újabban nyilvánvaló, még az agyi struktúrák befolyásolására is. *Eric Kandel* szerint a pszichoterápia: biológiai gyógymód. Az explicit memória részét képező, hippocampális tanulás gyors változásoknak van alávetve. A pszichés zavarok hátterében azonban többnyire a procedurális memória részét képező implicit mechanizmusokról van szó, amelyek sokkal kevésbé változóknak. *Gabbard* leszögezi:

1. A pszichoterápia a pszichiátria szerves része.
2. Pszichoterápia: biológiai gyógymód (27).

Szuper-integrációs összefoglalások

1. Művészet vagy tudomány?

A pszichoterápia: művészet, vagy tudomány? Művészet, vagy mesterség? Fél évszázadnyi kutatómunka után már egyértelműen állíthatjuk, hogy a pszichoterápia egy jól definiált szakterület. Ugyanakkor a terapeuta egyéni adottságai, a páciensre való reagálás képessége a „mesterség” lényeges elemét teszi ki. Sőt, a közös faktorról szóló ismeretek arra utalnak, hogy nagyon is lényeges elemét. Ennyiben tehát a pszichoterápia művészet is. A tudományos kutatás ezt az elemet nem mindig képes megragadni.

2. Spiritualitás

A mindfulness koncepció egyben a spirituális dimenzió felé közelít. Itt ugyanis lényeges szerepet kap a személy egyedi mivolta, a lét általános kérdéseire, az élet értelméhez való viszony. A mindfulness lényegében a klasszikus meditációs technikákkal rokon, amelyeket a különféle vallások fejlesztettek ki az évszázadok, sőt, évezredek során.

Az ezredforduló óta fokozódik az érdeklődés a spiritualitás és a pszichoterápia kapcsolata iránt. A spiritualitás nem egy divat jelen korunkban, hanem egy mindig is meglévő kérdés előtérbe kerülése (28). Az emberiség vallás iránti érdeklődése növekvő tendenciájú (érdekes eltelésben a szekularizáció ugyancsak kétségtelen folyamatával).

A spiritualitással kapcsolatos korszerű kutatásokat *Tomcsányi és mtsai* átfogó tanulmánya ismerteti a *Psychiatria Hungarica* 2010/2 számában (29).

3. Az elme filozófiája: az orvos-biológiai modell meghaladása

Az idegtudományok hátterében az elme filozófiai vizsgálata bontakozik ki, amely azonban nem vezethető le kizárólag az idegtudományokból, vagyis, hogy az elme nem más, mint az agy működése. Ez a nézet lényegében az embermi-

volt korlátozása, amelyet *Bradley* eliminatív materializmusnak nevez. Az agy és az elme identitásának elgondolása nem ad választ az ember alapvető, lényegi mivoltára és attribútumaira, mint az intencionalitás, (a valamire való vonatkozás), a tudat (az önészlelés), az autonómia (szabad akarat, azaz nem determinált döntések).

A pszichoterápia viszont nem nélkülözheti ezeket a tényezőket.

- Intencionalitás: csak a betegek gondolkodásának és érzéseinek tartalma és vonatkoz-

tási rendszerei által tudjuk elérni a jelenléte módosulását.

- A tudat nélkül nem érhetjük el betegek belső világát.
- Az autonómia nélkül értelmetlen a pszichoterápia, mert lehetetlen volna alternatívák föllállítása, miszerint másként is lehet cselekedni.

Összefoglalva: a pszichoterápia nem hagyatkozhat kizárólag az idegtudományokra. A közös hatótényezők kutatása egy magasabb szintű, az elme filozófiáját is érintő szintézis felé mutat.

Irodalom

- SILVERMAN WH:
New Trends for a New Millennium.
Psychotherapy: Theory/Research/Practice/
Training. 2000; 37: 1-9.
- LUBORSKY L, DIGUER L, SELIGMAN DA,
ROSENTHAL R, KRAUSE ED, JOHNSON S et al:
The researcher's own therapy allegiances:
A "wild card" in comparisons of treatment
efficacy. *Clinical Psychology: Science and
Practice*. 1999. 6: 95-106.
- HENDRICKS PS, THOMPSON JK:
An Integration of Cognitive-Behavioral
Therapy and Interpersonal Psychotherapy for
Bulimia Nervosa: A Case Study Using the Case
Formulation Method. *International Journal of
Eating Disorders*. 2005; 37: 171-174.
- JOYCE AS, WOLFAARDT U, SRIBNEY Ch,
AYLWIN AS:
Psychotherapy Research at the Start of the
21st Century: The Persistence of the Art versus
Science Controversy. *Canadian Journal of
Psychiatry*. 2006; 51: 797-809.
- HARWOOD TM, BEUTLER LE, CASTILLO S,
KARNO M:
Common and specific effects of couples
treatment for alcoholism: A test of the generic
model of Psychology and Psychotherapy.
*Psychotherapy: Theory, Research and
Practice*. 2006; 79: 365-384.
- STRUPP HH:
The psychotherapist's skills revisited. *Clinical
Psychology: Science and Practice*. 1995; 2:
70-74.
- ABLON JS, JONES EE:
How expert clinicians' prototypes of an ideal
treatment correlate with outcome in
psychodynamic and cognitive-behavioral
therapy. *Psychotherapy Research*. 1998; 8:
71-83.
- JACOBSON NS, DOBSON KS, TRUAX PA,
ADDIS ME, KOERNER K, GOLLAN JK, et al:
A component analysis of cognitive-behavioral
treatment for depression. *Journal of
Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64:
295-304.
- YALOM, ID:
Egyszisztenciális pszichoterápia. Budapest:
Animula (én.)
- ASAY TP, LAMBERT MJ:
The empirical case for the common factors in
therapy: quantitative findings. In: Hubble MA,
Duncan BL, Miller SD, editors. *The heart and
soul of change*. Washington (DC): American
Psychological Association; 1999. pp. 33-56.
- STEIN DM, LAMBERT MJ:
Graduate training in psychotherapy:
Are therapy outcomes enhanced? *Journal of
Consulting & Clinical Psychology*. 1995; 63:
182-196.
- SHAPIRO SL, CARLSON LE, ASTIN JA,
FREEDMAN B:
Mechanisms of mindfulness. *Journal of
Clinical Psychology*. 2006; 62, 373-386.
- SHAPIRO SL, CARLSON LE:
The art and science of mindfulness:
Integrating mindfulness into psychology and
the helping professions. Washington, DC:
American Psychological Association
Publications. 2009.
- SHAPIRO SL:
The Integration of Mindfulness and
Psychology. *Journal of Clinical Psychology*.
2009; 65(6): 555-560.
- LINEHAN MM:
Cognitive-behavioral treatment of borderline
personality disorder. New York: Guilford
Press. 1993.
- Aquinoi Szt. Tamás: De veritate q. 1a; Summa
contra Gentiles IV. 11. In: Opera omnia. Paris,
Ludovicus Vivès, 1975.
- ORLINSKY DE, HOWARD KI:
A generic model of psychotherapy. *Journal of
Integrative and Eclectic Psychotherapy*. 1987;
6, 6-27.
- PRIOLEAU L, MURDOCK M, BRODY N:
An analysis of psychotherapy versus placebo
studies. *The Behavioral and Brain Sciences*.
1983; 6: 275-310.
- LAMBERT MJ:
Early Response in Psychotherapy: Further
Evidence. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;
61(7): 855-869.
- HELM J:
Gesprächspsychotherapie. Berlin: VEB
Deutscher Verlag der Wissenschaften. 1978.
- FENNEL MJV, TEASDALE JD:
Cognitive therapy for depression: Individual
differences and the process of change.
Cognitive Therapy and Research. 1987; 11(2):
253-271.
- ILARDI SS, CRAIGHEAD WE:
The role of non-specific factors in cognitive-
behavior therapy for depression. *Clinical
Psychology: Science and Practice*. 1994; 1:
138-156.
- FRANK JD:
Persuasion and healing. Baltimore, MD: Johns
Hopkins University Press. 1973.
- DELSIGNORE A, SCHNYDER U:
Control expectancies as predictors of
psychotherapy outcome: A systematic review.
British Journal of Clinical Psychology. 2007;
46: 467-483.
- ARNKOFF DB, GLASS CR, SHAPIRO DA:
Expectations and preferences. In J. C.
Norcross (Ed.): *Psychotherapy relationships
that work* (pp. 335-356). Oxford: University
Press. 2002.
- AVDI E, GEORGACA E:
Narrative research in psychotherapy: A critical
review. *Psychology and Psychotherapy:
Theory, Research and Practice*. 2007; 80:
407-419.
- GABBARD GO:
Psychotherapy in psychiatry. *International
Review of Psychiatry*. 2007; 19(1): 5-12.
- PLANTE ThG:
Integrating Spirituality and Psychotherapy:
Ethical Issues and Principles to Consider.
Journal of Clinical Psychology. 2007; 63:
891-902.
- TOMCSÁNYI T, ITTÉZS A,
HORVÁTH-SZABÓ K, MARTOS T, SZABÓ T:
A spiritualitás és a vallásosság kutatásának
kulcskérdései, és a Piedmont-féle Spirituális
és Vallási Érzület Mérésének. *Psychiatr Hung*.
2010, 25(2):110-120.