

A GYÓGYÍTÁS JANUS-ARCA: MI A KÖZÖS A PSZICHO- ÉS FARMAKOTERÁPIÁKBAN?¹

Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete

Érkezett: 2004. 02. 03. Elfogadva: 2004. 03. 06.

ÖSSZEFOGLALÁS

A pszichoterápiákat és a farmakoterápiákat elválasztó, a hagyományos biomedikális orvosi modellen alapuló dichotomizáló megközelítés helyett a biopszichoszociális szemlélet a gyógyítás integratív törekvéseit hozta előtérbe. Sok olyan megfigyelés van, amely szerint szoros kapcsolat van a testi és lelki jelenségek között, s az átjárást leginkább a pszichoszomatikus orvoslás jeleníti meg. A dolgozat áttekinti a pszicho- és farmakoterápiák kapcsolatának néhány fontos területét, így a hasonlóságokat, az interferenciát okozó hatásokat, továbbá a terápiák integrációjának modelljeit, ezek költség-haszon vonatkozásait és egyes kutatási implikációit. Az integráció a terápiákban alapvető szemléleti igény, a pszichoterápiák és a farmakoterápiák szembeállítására már túlhaladott. A fejlődés egyik lényeges iránya az, hogy a modern pszichoterápia elméletei nem nélkülözhetik az agyi funkciók ismeretét.

KULCSSZAVAK: integratív terápiák, farmakoterápia, pszichoterápia

JANUS-FACED MEDICINE: WHAT IS COMMON IN PSYCHOTHERAPY AND PHARMACOTHERAPY?

The traditional biomedical approach separated psychotherapy and pharmacotherapy dichotomously. The biopsychosocial model of medicine stimulated the integration of these basic therapeutic modalities. There are many pieces of evidence testifying to the close relationship of somatic and psychological manifestations, and this connection is mainly represented by psychosomatic medicine. The present paper reviews some essential fields of psychotherapy and pharmacotherapy, e.g. similarities, interference, some important models of therapeutic integration, cost-benefit evidences, and some research implications. In today's medicine, integration is a basic requirement, and hence the dichotomous confrontation of psychotherapy and pharmacotherapy has become unacceptable. One important trend is the recognition that theories of modern psychotherapy cannot do without a sound knowledge of the brain functions.

AZ INTEGRATÍV GONDOLKODÁS SZEMLELETI ELŐZMÉNYEIRŐL

A gyógyítás történeti-kulturális szempontból nézve általában komplex és teljességre (gyógyulásra) törekvő tevékenység: az egészség elősegítését az ember egészének figyelembe vételével próbálja elérni. Platón klasszikus elvét idézve: „ép testben ép lélek”. Az orvosi antropológia területéről kiindulva a természeti népek sámánjainak működését említhetjük. A sámánok (= medicine man, orvoságos ember) a biológiai anyagok (füvek és sze-

rek) mellett pszichológiai hatásokkal (például módosult tudatállapotot, transzállapotot keltő praktikákkal, szuggesztív, rituális elemekkel) egyaránt éltek – mégpedig meglepően hatásosan. A lelki segítségnyújtás más kultúrákban szoros párhuzamot mutatott a különböző vallásokkal is; a lelki és a szellemi-spirituális emberi dimenziók közeli voltából ez érthető is (Lázár 2001).

A hagyományos orvoslás dualista felfogásának filozófiai gyökerei Descartes-ig nyúlnak vissza (áttekintés: Túry 2004), s ez a szemlélet ma is gyakran érezteti hatását – néha úgy, hogy a főleg

1 A tihanyi Neuropszichofarmakológiai Kongresszuson, 2003.10.9-én elhangzott előadás alapján.

biológiai gyógymódokat használók kevésbé fogadják el a pszichoterápia hatékonyságát különböző kórképekben, néha pedig fordított irányban: a pszichoterapeuták fogadják el nehezen azt, hogy az adott betegnek a gyógyszeres terápia többet használna, mint a pszichoterápia. Az utóbbi évtizedek integrációra törekvő szemlélete igyekszik a két terület közötti összhangot megtalálni. A jelen dolgozat a közös területek néhány pontját igyekszik áttekinteni a teljesség igénye nélkül.

A dichotómia, a pszichoterápia és a farmakoterápia szembeállítás az 1950-60-as évektől tudományelméleti forradalmat jelentő rendszer-szemlélet (Bertalanffy 1951), majd az 1970-es évektől egyre jobban terjedő biopszichoszociális szemlélet (Engel 1977) térhódítása nyomán mindinkább anakronisztikussá vált – a hétköznapi gyakorlatában azonban még mindig átszövi a gyógyítás tudományát. Egy lényeges érvelést említve a közeledés alátámasztására a pszichiátria fejlődéstörténetének áttekintésekor: új kutatási területté vált a gyógyszerek és a pszichoterápiák interakcióinak vizsgálata – ebben feloldódik a hagyományos dichotómia. Ma már a test-lélek hasítás meghaladására van szükség (Davidson és Strauss 1995; Bracken és Thomas 2002).

Érdekes párhuzamot jelent a gyógyítás történetében, hogy a farmakoterápiás eljárások egyre pontosabb célzást, izolált funkcióváltozásokat értek el, s hasonló fejlődési vonulat észlelhető a pszichoterápiák tekintetében is. Vannak pontosan célzott, izolált viselkedésválaszt előidéző módszerek (például fogászati hipnózisban analgézia, főbiákban deszenzitizálás stb.). A sámánisztikus gyógyítás irányából a pszichoanalízis személyiséget átstrukturálni kész attitűdjén át a fokális terápikig, a célzott rövid intervenciókig széles a spektrum. Így az aspecifikus tényezők felől a minél specifikusabb módszerek kidolgozása felé törekvés jól megfigyelhető irány.

NÉHÁNY PÉLDA A TEST ÉS LÉLEK SZOROS KAPCSOLATÁRÓL

Nézzünk egy-két gyakorlati megfigyelést a pszichiátria szűkebb szakterületeiről a lelki jelenségek testi választ előidézőni képes hatásairól, illetve a két fő terápiás modalitás átjárásairól. A pszichoszomatikus orvoslás – amely a biopszichoszociális szemlélet egyik fő területe – sok ilyen ismer.

Köznapi jelenség, hogy pszichés hatásra erőteljes testi reakció következhet be. Az imaginatív technikák köréből származó banális példával illusztrálva: ha elképzeljük, hogy citromba hara-

punk, sokunkban intenzív nyáleválasztás következik, s ehhez mindössze némi szuggesztibilitás és imaginatív képesség szükséges. Ha pedig néhány másodperces szuggesztívóval ilyen élénk mirigyreakciót válthatunk ki, akkor ez komoly terápiás lehetőségeket is rejt magában. Számos hasonló példa adódik a hipnózisban: gyors testi reakciók válthatók ki megfelelő szuggesztívókkal (akár heves, égési hólyagokra emlékeztető bőrreakció tüzes vas imaginációjára stb.). Ez természetesen jól kiaknázható terápiás céllal (Mészáros 1984). Egy másik módszerből vett példa: a családterápiában Minuchin (1974) terápiás ülés során igazolta a szabad zsírsav mérésével, hogy ez a biokémiai paraméter mennyire függ a családi interakcióktól, az aktuális feszültség szintjétől. Sokat idézett adat továbbá Baxter és mtsai (1992) PETT vizsgálata kényszerbetegségben: a nucleus caudatusban észlelt fokozott glukóz-anyagcsere szignifikánsan csökkent gyógyszerre és viselkedésterápiára is. Egyre több hasonló megfigyelés van, amely szerint a pszichoterápiás intervenciók befolyásolják az agyi funkciókat, biológiai, biokémiai, élettani, pszichofiziológiai, stb. paramétereket. Egy újabb példa: Martin és mtsai (2001) major depresszióban a törzsdúcokban funkcióváltozásokat regisztráltak az agyi keringésben SPECT segítségével mind interperszonális pszichoterápia, mind farmakoterápia (venlafaxin) hatására. Mindezek kapcsán merült fel az a szellemes megjegyzés pszichofarmakológusok részéről, hogy a pszichoterápia preszinaptikusan hat. Ma már természetesen ható gondolat, hogy például a neurotransmitter- és neuromodulátor kutatás pszichoterápiás eljárásokkal összefüggésbe hozható változásokat fog igazolni (Császár 1989).

MENNYIBEN TEKINTHETŐ PSZICHOTERÁPIÁNAK A FARMAKOTERÁPIA?

A két alapvető terápiás modalitás több ponton találkozik. A gyógyszeradás sok aspecifikus hatással is jár: a gyógyszer közvetít, bizalmat kelt, egyben a tudomány haladásának megfelelően sűrített tudást is tartalmaz. A gyógyszer adása terápiás szövetséget jelent, amely felbátorítja a beteget, hogy beszámoljon érzelmi állapotáról. Egyfajta kötelék, amelyet ha meg is lehet bontani, az orvos-beteg kapcsolatban erős összetartó tényező. A szakértői farmakoterápia nemcsak a diagnózis ismeretét jelenti, hanem információt is nyújt a compliance tényezőiről, a terápiás motivációról. Ezen túlmenően pedig a gyógyszerrel járó instrukciók kifejezett pszichoterápiás hatással járhatnak.

A gyógyszereszedés részletes elmagyarázása a bizalmon és az orvos tudásába vetett hiten alapuló viselkedésterápiás módszernek is felfogható. A pánikzavar jó farmakoterápiája például a rohamok naplószerű vezetését igényli, ami pszichoterápiás eljárás (Beitman 1996).

A gyógyszer a pszichoanalitikus értelemben vett áttétel és viszontáttétel eszköze lehet, például akkor, ha a hatékony kezelés miatt a beteg mindent idealizál, amit orvosa tesz. Gyakori az orvos pozitív jellemzőinek és a gyógyszer érzékszervi sajátosságainak összekapcsolása. A tableta szimbolikusan helyettesítheti az orvost, és az autonómiát korlátozó hatása is van. Így összemosódik a test és lélek külön befolyásolása.

Az adekvátan alkalmazott és hatásos gyógyszer, amely valóban célzottan működik, igen erős bizalmat és pozitív megerősítést jelent a terápiás kapcsolatban. Így talán nem túlzás azt állítani, hogy *a farmakoterápia kitűnő pszichoterápiás módszer.*

A placebo-effektus is ilyen, a pszicho- és farmakoterápiák közötti elméleti és gyakorlati kapcsolódási pontot jelenti. A placebo specifikus pszichoterápiás és farmakoterápiás tényező. Pánikzavarban például, kontrollált klinikai vizsgálatok alapján a placebo-reaktorok aránya elérheti a 35-45%-ot (Beitman 1996). Kérdés, meddig anyagi, meddig lelki természetű a hatás? Hadd álljon itt egy anekdotikus példa a placebohatás egyik szélsőséges eseteként. Egy pszichiáter kollégánál az egyik éjjel szokványos fejfájásra ébredt. Szörpöt készített magának, elővette a gyógyszert – majd félálomban megitta a szörpöt, fejfájása el is múlt. Reggel vette észre, hogy a gyógyszer az asztalon maradt. Itt tehát a placebo-nak vegytisztán érvényesült a pszichés hatása, mivel nem került a szer a szervezetbe.

Egy másik megközelítéssel élve: nem véletlen ebből a szempontból Bálint híres metaforája az orvos-gyógyszeréről; ő magát az orvos személyét tekintette gyógyszernek (Bálint 1956/1990). E gyógyszernek megvan a maga „gyógyszertana”, alkalmazását át kell gondolni, vigyázni kell a hatás kialakulásának körülményeire, a mellékhatásokra, a szavatosságra is. Vajon törődünk-e eleget például az orvos-gyógyszer szavatosságával? Vigyázunk-e arra, hogy megújítsuk azt tudásunk bővítésével, gyakorlatunk frissítésével?

A KOMBINÁCIÓ ÉS INTEGRÁCIÓ KÉRDÉSEI

Ha a biopszichoszociális modellre gondolunk, akkor a betegségek kialakulásában többféle tényező-

nek van szerepe. Ebből következik, hogy a terápiában is érdemes integrációra törekedni. Például a szorongásos zavarok többszempontú kezelési modelljei hangsúlyozzák a pszichodinamikai, a kognitív viselkedésterápiás elméletek és a pszichofarmakológia szükségességét. A különböző tünetek (pánikroham, anticipációs szorongás, elkerülő, fóbiás viselkedés) különböző támadáspontú technikák komplex alkalmazását igénylik. A kognitív terápia csökkenti a farmakoterápia elhagyása utáni visszaesés veszélyét. A pszichoterápia a jobb compliance kialakításában is segít. A pánikzavar kombinált kezelését tekintve a következő megfontolások érdemesek említésre (Beitman 1996). Pszichoterápia az első választás, ha a beteg azt óhajtja, a terapeuta nem orvos, ha a pszichiáter pszichoterápia-orientált, és ha a tünetek enyhék. Farmakoterápia az első választás, ha a terapeuta biológiailag orientált, háziorvos, ha a tünetek akutak és intenzívek, ha a beteg gyógyszert óhajt, ha a gyógyszer segített egy családtagnak, vagy ha pénzügyi és időkorlátok vannak.

A farmako- és pszichoterápia szinergizmusa klinikailag általában világos. Pánik-agorafóbiában a dózis csökkenthető asszertív tréninggel, a kapcsolatok javításával, a potenciálisan tünetki-váltó ingerek deszenzitizálásával. A pszichoterápia a viselkedés, gondolkodás és gyógyszereszedés nagyobb felelősségének, a jobb compliance-nek a kialakításában is segíti a betegeket.

A kombinált kezelés a leghatékonyabb, ha a beteg dóziscsökkentést vagy a gyógyszer kihagyását akarja. Sok vizsgálat szerint a kognitív terápia hatékony a benzodiazepinek dóziscsökkentésekor a tünetek enyhítésére. Kombinált kezelésre van akkor is szükség, ha a farmakoterápia és a pszichoterápia egymástól függetlenül csak részlegesen hatékony, vagy sok mellékhatással jár.

A farmakoterápia csökkenti a tünetek intenzitását és több energiát biztosít a pszichoterápiás változáshoz. A hatékony kezelés felgyorsítja a bizalom kiépülését a terapeuta és beteg között. A gyógyszerelés projektív tesztként is működik, hogy a változás kulcsfontosságú tényezőit megismerjük.

Kérdésként merül fel a többféle megközelítés alkalmazásakor, hogy van-e értelme a kombinációnak, nem polypragmasiáról, feleslegesen alkalmazott orvosi beavatkozásokról van-e szó? Elméletileg a következő lehetőségei vannak a gyógyszeres terápia és a pszichoterápia kölcsönhatásának (Szónyi 2000):

- véletlenszerű;
- ellentétes;

- összegződő;
- egymást erősítő.

Több kórképben végzett kontrollált vizsgálatok szólnak a pszicho- és farmakoterápiák kombinációjának hatékony voltáról, egymás hatását felerősíthetik – a terápia azonban pontos tervezést igényel, nem „géppuska-terápia” a cél (ami sok módszer együttes alkalmazását jelentené random találati valószínűséggel).

A KOMBINÁCIÓ NEHÉZSÉGEI

A két alapvető terápiás megközelítés integrálása azonban nehézségekkel is jár. A pszichoterápia interferálhat a farmakoterápiával. A gyógyszeres kezelés esetleges hátrányai (Szőnyi 2000):

- a pszichés feldolgozó kapacitás csökkenése;
- a pszichés szférába bevonható és jól kezelhető folyamatok szomatikus tünetekben való kifejeződése;
- a gyógyszer megoldási eszközként való használata;
- egyes szereknél függőség kialakulása;
- a betegszerep erősítése;
- autonómia-problémák előtérbe kerülése.

Ha különböző szakemberek végzik a kétféle kezelést, az egyik leminősítheti a másikat, vetélkedés alakulhat ki. Ezt terápiás háromszögnek hívják. A betegek is idealizálhatják az egyiket, a másik pedig „rossz” lesz – a hasítás szorongáselhárító mechanizmusának megfelelő módon. A felelősség tisztázatlansága is nehézségeket okoz. Fontos szempont, hogyan kommunikál a két terapeuta és hogyan tartják fenn a beteg bizalmát. A fenti hasítási mechanizmus miatt a két terapeuta között nyílt vagy rejtett konfliktusok alakulhatnak ki, s akár a farmako-, akár a pszichoterápia korábban fejeződhet be a kelletnél. A pozitív terápiás kimenetel valószínűségét növelő kollaboratív megközelítés a következő tényezőkön alapul: kölcsönös tisztelet, bizalom, nyíltság, a tipikus átételti és viszontátételti jelenségek tudatosítása (Beitman 1996).

A farmakoterápia is számos módon akadályozhatja a pszichoterápiát. Az antidepresszívumok például néha szorongásos rohamot váltanak ki és csökkentik a pszichiáterbe vetett hitet. Az anxiolitikumok hirtelen kihagyása megvonásos szorongásokhoz vezethet.

Lényeges szempont az is, hogy egyre több pszichoterápiát végeznek nem orvosi diplomával. Ők gyakran pszichiáterrel együtt dolgoznak. Az

1980-as évekből származó becslés szerint az USA-ban havonta 240 ezer terápiás háromszög létezik (Beitman 1996). Alapvető etikai kérdések merülnek fel ilyenkor: ki a felelős a betegért? Általában az orvos a felelős az öngyilkosságért és a kórházba kerülésért, bár a pszichoterapeuta gyakrabban látja a beteget. Hogyan kommunikál a két terapeuta és hogyan tartják fenn a beteg bizalmát?

INTEGRATÍV MODELLEK

A különböző terápiás irányzatok, módszerek egyidejű vagy egymást követő alkalmazása egy terápiás folyamatban ma már egyre gyakoribb terápiás stratégia. Lényeges, hogy az integráció tervezetten, a kölcsönhatások figyelembe vételével történjenek.

A kezelések integrációját a lépcsőzetes ellátás, a döntésfák, valamint az egyes kórformák esetében kidolgozott különféle integratív programok modelljeiben írják le, ezek a pszichoterápiák multidimenzionális megközelítésén alapulnak (hazai áttekintés: Túry és Szabó 2000).

A *lépcsőzetes ellátás* modellje az intervenciókat fokozatosan emelkedő szinteken javasolja. Ezek az intenzitástól, a költségektől és a siker valószínűségétől függenek. Kezdetben a beteg a legalacsonyabb fokú ellátást kapja, mely a legkevesbé intenzív és költséges, még ha nem is jár a legmagasabb valószínűségű sikerrel. Ha ez nem vezet eredményre, a kezelési hierarchia második lépcsője következik. A szekvencia addig folytatódik, amíg a beteg reakciója kedvező lesz.

A *döntésfák* modellje számos választási pontot nyújt, így különböző kezelési utak alakulnak ki a beteg klinikai jellemzői és az alkalmazott kezelésre adott reakció függvényében. A döntések az elágazási pontokon felmerülő kulcskérdésekre adott válaszok alapján születnek. Ez a megközelítés a kezelések klinikai alkalmazását szorosabban követi.

Az *integratív programok, modellek* a pszichoterápiák terén növekvő szerepet játszanak. A fogalom részben fedi az eklekticizmust. Általánosan elfogadott, hogy az integráció két vagy több elméleti orientáció kombinációját jelenti, míg az eklekticizmus a technikák kiválasztására vonatkozik, függetlenül elméleti eredetüktől.

Lényeges, hogy a kezelésben egy központi személy legyen a beteg számára, aki a különböző terápiás módszereket összefogja. Az, hogy a kezelésben egyetlen központi terapeuta van, eltér a tendők megosztásának általános szokásától. Bár a különböző funkciók összefogása tudást és terápiás

ügyességet kíván, ennek specifikus előnyei vannak:

- elkerüli a betegek rendszeres játszmáját, hogy kijátsszák a terapeutákat egymás ellen (ez a team hasítása);
- növeli a rendszeres tevékenységet és elkerüli a vég nélküli vitákat a terapeuták között;
- különböző oldalról érkeznek információk (egyéni terápia, család- vagy csoportterápia), ezek integrálása is könnyebb és hatékonyabb, ez pedig segíti a kezelési terv realizálását; a beteg rokonaival való kapcsolattartás egy személyen keresztül könnyebb.

KÖLTSÉG–HASZON VONATKOZÁSOK

A költség-haszon elemzés is lényeges kérdés. Önszolgáltató csoportok, ambuláns pszichoterápiás csoportok működhetnek hatékonyan. A placebo-adás is megfontolandó, ismerte a placebo-reaktorok nagy arányát a legkülönbözőbb kórképekben. A félorrás kombinált terápia olcsóbb a vizsgálatok szerint, mint a terápiás háromszög. További költség-haszon elemzések arra utalnak, hogy a pszicho- és farmakoterápiák kombinálása bár költségesebb, de hatékonyabb, és hosszú távon költségkímélőbb, mert az életminőséget javítja (Beitman 1996).

Veszély lehet a többlet-terápia, a terápia-abúzus is. A szükséges és elégséges elvnek kellene vezérelnie a terápia tervezését. Egy fizikai példával illusztrálva: a fény különböző közegekben legrövidebb idő elve alapján terjed, nem a legrövidebb úton.

KUTATÁSI IMPLIKÁCIÓK

Ma, a bizonyítékokon alapuló orvoslás korában korrekt elemzésekre, jól tervezett vizsgálatokra, meggyőző bizonyítékokra van szükség. Nem könnyű azonban annak eldöntése, hogy mi a bizonyíték? A kettős-vak randomizált vizsgálatok a gyógyszervizsgálatokban erős evidenciát jelentenek, a pszichoterápiákban viszont nehezebb végezni ezeket. Treasure és Kordy (1998) a randomizált, kontrollált kettős vak stratégia korlátait elemzik. Helyette longitudinális obszervációs tanulmányokat javasolnak alternatív stratégiaként, amelyeket kifinomult matematikai módszerekkel lehet modellezni.

Egyszerűsített példa: tegyük fel, hogy a kezelés különbözik a következő változóban:

- elméleti megközelítésben (pl. kognitív-viselkedésterápia – pszichodinamikus terápia),
- elrendezésben (bentfekvő – járóbeteg),
- dózisban (kis–közepes–nagy),
- kezelési időtartamban (rövid–közepes–hosszú).

Ezek különböző kombinációi különböző befolyást gyakorolhatnak betegek alcsoportjaira (tétellezzünk fel 3 alcsoportot), és különböző súlyosságú betegekre (enyhe–közepes–súlyos). Ekkor 9 lehetséges beteg-alcsoport adódik, továbbá meg kell találni, hogy az 54 lehetőség közül melyik a leghatékonyabb kezelési modalitás az egyes alcsoportok számára. Ha nincs nyilvánvaló előzetes feltevésünk, 1431 kettős kezelési összehasonlítást kellene végeznünk a 9 alcsoport mindegyikére. Így természetesen nem jön szóba a randomizált kontrollált vizsgálat. Jobb stratégia, ha vannak plauzibilis feltevéseink, amelyeket empirikus bizonyítékok támasztanak alá, és így csökkenteni lehet a randomizált kontrollált vizsgálatok számát. A szerzők szerint tehát a klinikai gyakorlat sokkal heterogénebb annál, mint amit kutatási terveink kezelni tudnának.

KONKLÚZIÓ

A pszicho- és farmakoterápia éles kettéválasztása a test-lélek dualizmust erősíti a pszichoszomatikus egység holisztikus felfogása helyett. Az integráció a terápiákban alapvető szemléleti igény – a pszichoterápiák és a farmakoterápiák szembeállítása ma már túlhaladott. A fejlődés iránya az, hogy a modern pszichoterápia elméletei nem nélkülözhetik az agyi funkciók ismeretét. Kölcsönösségre törekvő, kollaboratív megközelítés jellemzi ma már az orvoslás alapvető irányait, amelynek a legszélesebb értelemben nyilvánulnak meg előnyös hatásai – elsősorban a beteg ember érdekében, akinek szempontjait mindenek előtt érvényesítenünk kell mindennapos gyakorlatunkban.

*Dr. Túry Ferenc
Semmelweis Egyetem Magatartástud. Int.
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
email: tury@axelero.hu*

IRODALOM

- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatr* 49:681-689, 1992.
- Bálint M. *Az orvos, a beteg és a betegség* MPT, Budapest, 1956/1990.
- Beitman BD. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy: an emerging field of study. *Bull Menninger Clin* 60:160-173, 1996.
- Bertalanffy L von. General system theory: a new approach to unity of sciences. *Human Biology* 23:303-361, 1951.
- Bracken P, Thomas P. Time to move beyond the mind-body split. *BMJ* 325:1433-1434, 2002.
- Császár Gy. *Pszichoszomatika a gyakorlatban* Pszichoteam, Bp. 1989.
- Davidson L, Strauss JS. Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry* 58:44-55, 1995.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136, 1977.
- Lázár I. *Humán ökológia és orvosi antropológia* In Buda B, Kopp M (szerk.) Magatartástudományok. Medicina, Budapest, 2001, 315-372.
- Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatr* 58:641-648, 2001.
- Mészáros I. *Hipnózis* 2. kiadás. Budapest, Medicina, 1984.
- Minuchin S. *Families and family therapy*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1974.
- Szönyi G. *A kezelési kombináció kérdései* In Szönyi G, Füredi J (szerk.) A pszichoterápia tankönyve. Medicina, Budapest, 2000, 180-193.
- Treasure J, Kordy H. Evidence based care of eating disorders: beware the glitter of the randomized controlled trial. *Eur Eating Dis Rev* 6:85-95, 1998.
- Túry F, Szabó P. *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina, Budapest, 2000.
- Túry F. *Az orvoslás szemléleti modelljei – a biopszichoszociális modell*. In Kopp M, Berghammer R (szerk.) Orvosi pszichológia. Medicina, Budapest, 2004 (nyomdában).