

# A MAGATARTÁSORVOSLÁS HELYE A MAGATARTÁSTUDOMÁNYOK KERETÉBEN

Túry Ferenc

PhD, egyetemi docens, klinikai igazgatóhelyettes  
Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete – tury@axelero.hu

*A magatartástudomány  
mint az orvoslás „vivőanyaga”  
a gyakorló orvos szempontjából*

Bálint Mihály, a jeles magyar pszichoanalitikus szakember, aki a gyakorló orvosok számára kidolgozta a nevével jelzett csoportmunkát, az orvost gyógyszerként aposztrofálta. Az orvos személyisége lehet gyógytényező, de a hatékony gyógyítás akadálya is. A metafora arra utal, hogy ezt a gyógyszert megfelelő adagban lehet adagolni, lehetnek mellékhatásai, ugyanakkor a gyógyítás alap-tényezőinek (a gyógyszernek és a személyes kommunikációnak) a lényegi azonosságára is felhívja a figyelmet (Bálint, 1956/1990). A test és a lélek ebben az értelemben egységes egész (pszichoszomatikus egység); a kartézianus dualista felfogás nem segíti a beteg és a betegség jobb megértését és a gyógyulás esélyeit.

A test és lélek viszonyáról különböző elképzelései éltek a filozófiai irányzatokban. Ma már világos, hogy ideje túlhaladni a test és lélek hasítását – ahogyan erre a legjelsebb szaklapok rendszeresen felhívják a figyelmet (Bracken–Thomas, 2002). Ebben az értelemben sem a test, sem a lélek nem vizsgálható önmagában. A szociális környezet is alapvető meghatározóként működik, a filozófus Ludwig Wittgenstein szerint például a lélek nem belül, hanem a szociális világban

van. Számos példát lehet felhozni arra, hogyan befolyásolják a szociális-kulturális tényezők a betegségek morbiditását vagy etio-patogenezisét.

A jelen dolgozat az orvoslás szemléleti s az orvosi gyakorlat pragmatikus szemszögéből igyekszik összefoglalni arra utaló érveket, hogy a magatartástudomány eredményei értékes kötő- vagy vivőanyagát, mátrixát képviselik a modern orvoslásnak.

*Biomedicinális szemlélet  
versus biopszichoszociális modell*

A ma is erős hagyományokkal rendelkező orvoslási szemléletmód a biomedikális vagy biomedicinális modellen alapul, melynek megalkotását a 19. századtól a természettudományok fejlődése erősítette meg. Ez a modell a biológiai tudományok eredményeit véli meghatározónak, e terület zavarainak korrekcióját célozza. A lelki zavarokat hasonló módon szemléli, a pszichológiai jelenségek mögött is elsősorban a biológiai összetevők szerepét vizsgálja. Vannak azonban olyan pszichiátriai zavarok, amelyek erősen függenek a kulturális hatásoktól, ilyenek például a kultúrakötött szindrómák (ámok, kuru), amelyek döntően egyfajta kulturális miliőben fordulnak elő. Ezeket nem lehet biológiai okokra redukált elméletekkel jól magyarázni.

A gyakorlat szempontjából igen fontos, hogy ez a modell betegségcentrikus, hiba-

orientált, kevésbé képes ügyelni a beteg vagy környezete erőforrásaira, azokra a pozitív sajátosságokra, amelyek felhasználhatóak a változás provokálásában. A mai egészségpszichológiai szemlélet viszont éppen arra törekszik, hogy a pozitívumok kapjanak nagyobb szerepet a betegségek megelőzésében és kezelésében (Sarafino, 1997). Az elképzelés egyébként a kultúra más területeire is érvényes, például az oktatásra (a korábban gyakori büntetéssel szemben a tanulók kreativitására, pozitívumaira alapoznak).

A biomedikális modell túlhaladása olyan paradigmaváltást jelentett az orvoslásban, amely a biopszichoszociális szemlélet meghonosodását jelentette (Engel, 1977). Ennek elméleti alapvetése az az általános rendszerelmélet, mely a 20. század közepén kezdett kialakulni, nem kis részben a kibernetika megjelenése nyomán. A rendszerelmélet azokkal a funkcionális és strukturális szabályokkal foglalkozik, amelyek minden rendszerre érvényesek. Ilyen általános jellemzők az információfeldolgozás, a kommunikáció, a megváltozott körülményekhez való alkalmazkodás, az önszerveződés, az önfenntartás. A rendszerfolyamatokban a pozitív és negatív visszacsatolások lényeges szerepet töltenek be. A szemléletváltás arra vezetett, hogy a jelenségek megfigyelésében a folyamatok és a kommunikáció vizsgálata került a homloktérbe a merev kategoriális megközelítés, az anyagi összetevőkre való koncentráció helyett.

A rendszerszemléletben a cirkuláris okság váltja fel a lineáris kauzalitás modelljét, amely a hagyományos biomedicinális megközelítés csapdáját jelenti. Hasonlóan lényeges szempont még a kommunikáció és az adaptáció szükségesszerű volta és a homeosztázisra törekvés. A biopszichoszociális elképzelés hangsúlyozza, hogy a betegségek kialakulásában nem csupán a biológiai tényezők, hanem a pszichológiai és a társadalmi összetevők is igen fontosak. Ebből az is következik,

hogy az orvostudománynak a társadalomtudományokkal való kapcsolata szorosabb, mint ahogyan azt a biomedikális szemlélet értékeli. A biopszichoszociális elmélet egymásra épülő egységeket tételez fel, a komplexebb, nagyobb egységek az alacsonyabb szerveződési szintre épülnek. A szerveződési szintek dinamikus kapcsolatban vannak, s az egyiknek a változása változást okoz a többiekben is. A betegségek kialakulásában nem csupán egy mechanikus okot kell keresnünk, hanem a hajlamostó, a kiváltó és a fenntartó tényezők komplex kölcsönhatását.

Ha a biopszichoszociális modell határait vizsgáljuk, akkor a fentiekben túlmenő szempontok is fontosakká válnak. Az orvoslás gyakorlatában, a döntéshozatali folyamatban szükségesnek látják a következő három terület bevonását is: 1. a megismerés/tudás ismeretelméleti problémáit; 2. az etikai kérdéseket; valamint 3. a pragmatizmust (Sadler – Hulgus, 1992).

Meg kell említeni a narratív megközelítést is, amely a dialógus jellegű orvos-beteg kapcsolat megértőbb, kölcsönösségen alapuló szemléletét jelenti a posztmodern filozófiai irányzatok talaján. Ez a lépésről lépésre egymásra hangolódó megértés, az összefüggő „történet” (narratívum) konstruálásának folyamatát helyezi előtérbe.

Az ún. „élet-kontextus” megközelítés a személyes életet tartja alapvető szervező elvnek, amelynek folyamatába, az egyén életének összefüggéseibe illeszkedően kell értékelnünk az egészség és betegség fogalmát (Davidson – Strauss, 1995). A betegség megértése szempontjából fontosnak tartják a következő négy területet:

1.) Intencionalitás: a betegnek a szándékok alapján történő vezéreltsége (ide tartozik a *compliance*, a kezeléssel való együttműködés problémája).

2.) Időbeli kiterjedés: az egyén életének hosszmetzetében milyen szerepet játszik az adott betegség.

3.) Jelentés: az emberi viselkedés és élmény szimbolikus természetére vonatkozik. Az élmények, események egymáshoz is kapcsolódnak, nem elkülönült formában zajlanak egymás után – jelentéssel vannak felruházva, amely összeköti őket. Ugyanannak a betegségnek más jelentése lehet a személyes életben.

4.) A kompetencia és a diszfunkció együttes volta: nem csupán tünet, probléma látható meg a betegségben, hanem a személy és környezetének erőforrásai is, amelyeket a gyógyulás szolgálatába lehet állítani.

Az emberi viselkedés, egészség-betegség fenomenológiai értékelése mindezek alapján kétféle lehet: objektív-leíró, amely a szakmai ismérveknek, szabályoknak való megfeleltetés, valamint a szubjektív-leíró, amely az egyén életének mélyebb megismerésén alapul.

Mindezek a szemléleti megfontolások kellően illusztrálhatják azt a jól megrajzolható ívű tudománytörténeti folyamatot, amelyben a hagyományos elképzelések átadják helyüket a modern tudományos eredmények által megalapozott új gondolkodási mintáknak.

A magatartástudományok fontos szerepét az orvoslás hétköznapi gyakorlatában és az orvosképzésben az húzza alá, hogy integráns részüket képezik a biomedicina eredményei és a társadalomtudományok is, egyfajta „interface”-t jelentenek az orvostudomány sokáig szembenálló területei között. Ennek gyógyító elmélete-gyakorlata a magatartásorvoslás, amely az elsődleges prevenciótól a harmadlagosig, a különböző szubdiszciplínákban, a gyógyító gyakorlat legszélesebb spektrumában hatékony irányzatot képvisel (Searight, 1999). A következőkben az integráció egyik legfontosabb területén mutatjuk be ezt a szerepet.

### *A biopszichoszociális modell gyakorlati következménye: a pszicho- és farmakoterápiák integrációja*

Az előzőekben láttuk, hogy a pszichoszomatikus egység koncepciója szükségképpen vezet el a különböző terápiás eljárások integrációjának kérdésköréhez. Ha a test és a lélek egységes, a gyógyszeres kezelés és a pszichoterápia között sem kell lényegi különbséget tennünk. Ezt jól jeleníti meg az orvos-gyógyszer fent említett metaforája is.

Ismert példák erősítik azt a tényt, hogy pszichológiai természetű beavatkozások, jelenségek komoly szomatikus változásokat okozhatnak. Az érzelmi behatásokra bekövetkező vegetatív jelenségektől (példa: elpirulás – azonnali, heves bőrreakció) a hipnózis során bekövetkező testi válaszokig sokfajta megfigyelés igazolja ezt. Világos összefüggés van a krónikus zavarok és egyes pszichés tényezők között is. A depresszió és a szorongás számos zavar hátterében fellelhető. Modern képalkotó eljárások segítségével, PET vizsgálattal igazolták, hogy szorongásos megbetegedésben a gyógyszeres és kognitív-viselkedésterápiás eljárások nagyon hasonló anyagcsere-változásokat okoznak az agyban.

Érdemes megemlíteni, hogy a farmakoterápia és a pszichoterápia fejlődése párhuzamot mutat annyiban, hogy egyre izoláltabb, pontosabb válasz kiváltására van mód: a gyógyszerek esetében sokszor a receptorok altípusait is ismerjük, a pszichoterápiák alkalmazása pedig ehhez hasonlóan egyre célzottabbá vált.

Ezen túlmenően kérdés, hogy a gyógyszer mennyiben tekinthető pszichológiai változások kiváltásáért is felelős ágensnek. A gyógyszer közvetít, bizalmat kelt, sűrített tudást tartalmaz, a gyógyszeradás terápiás szövetséget is jelent, amely felbátorítja a beteget, hogy beszámoljon érzelmi állapotáról. A farmakoterápia során információkat kapunk a gyógyszer bevitelét, fenntartását

gátló tényezőkről is. Erre vonatkozik a kezeléssel való együttműködés, az ajánlott kezelés követése is (*adherence, compliance*). A gyógyszerrel járó instrukciók kifejezett pszichoterápiás hatással járhatnak.

A placebo-effektus is ilyen, a pszicho- és farmakoterápiák közötti elméleti és gyakorlati kapcsolódási pontot jelent. A placebo specifikus pszichoterápiás és farmakoterápiás tényező. Az adekvátan alkalmazott és hatásos gyógyszer, amely valóban célzottan működik, erős bizalmat és pozitív megerősítést jelent a terápiás kapcsolatban. A tabletták a pszichoanalitikus értelemben vett áttétel és viszontáttétel eszközei lehetnek, 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. Itt az orvos-gyógyszer bálinti alap gondolata szinte szó szerint értendő: összemosisódik a test és lélek külön befolyásolása.

A betegségek biopszichoszociális modellje szerint kialakulásukban többféle tényezőnek van szerepe. Ebből következik, hogy a terápiában is érdemes integrációra törekedni. A különböző tünetek különböző támadáspontú technikák komplex alkalmazását igénylik. Kérdés, hogy nem feleslegesen alkalmazott orvosi beavatkozásokról van-e szó? A gyógyszeres terápia és a pszichoterápia kölcsönhatását tekintve a következő elvi lehetőségek adódnak: véletlenszerű, elmentéses, összegződő, egymást erősítő hatások lehetnek (Szőnyi, 2000). Több kórképben végzett kontrollált vizsgálatok szólnak a pszicho- és farmakoterápiák kombinációjának hatékony voltáról; egymás hatását felerősíthetik – ám a terápia pontos tervezést igényel. A pszichoterápia a gyógyszereszedés nagyobb felelősségének, a jobb *compliance*-nek a kialakításában is segít.

A két alapvető terápiás megközelítés integrálása azonban nehézségekkel is jár. A pszichoterápia interferálhat a farmakoterá-

piával. A gyógyszeres kezelés esetleges hátránya lehet például a függőség kialakulása. Ha különböző szakemberek végzik a kétféle kezelést, akkor terápiás háromszögről beszélünk. A felelősség tisztázatlansága is nehézségeket okoz. A két terapeuta között nyílt vagy rejtett konfliktusok alakulhatnak ki, s akár a farmako-, akár a pszichoterápia korábban fejeződhet be a kelleténél. A pozitív terápiás kimenetel valószínűségét növelő kollaboratív megközelítés leginkább kölcsönös tiszteleten, bizalmon alapul.

### *A kommunikáció és az orvos-beteg kapcsolat szerepe*

Az orvos-beteg kapcsolat meghatározó szerepét, a kapcsolatközpontú gyógyítás fogalmát az orvoslásban a magatartástudomány különösen érzékenyen taglalja. Egy orvos pályája során 200-300 ezer ilyen találkozás adódik. Ebből következik, hogy a kommunikációelmélet az általános orvosi gyakorlatban is kulcsszerepet betöltő magatartástudományi részdiszciplínává vált (Buda, 1988).

Szemléletformáló ereje miatt meg kell említeni Viktor E. Frankl (1977) logoterápiájának nevezett elméletét, amely a pozitív, értelemvezérelt gondolkodás szép koncepciója. Emellett a Carl Rogers neve által fémjelzett személyközpontú megközelítés hangsúlyozza annak szükségességét, hogy a terapeuta képes legyen a következő három magatartási jegy kommunikálására (ez a „rogersi triász”):

- a feltétel nélküli elfogadást,
- az empátiás odafordulást és a
- hiteles, kongruens magatartást.

A kommunikáció szerepe igen jól látszik a kapcsolat minden fázisában, a betegézeléstől a döntési folyamatokig. A jól működő orvos-beteg kapcsolatban fontos szereppel bír a környezetpszichológia is: a beteg környezetének kommunikatív üzenetértéke van, például kifejezheti viszonyát a külvilághoz, emberi kapcsolataira utalhat vagy családi

feszültségek forrása lehet. Hasonlóképpen lényeges az orvosi környezet is a dehumanizált, elgépiesedett kórházi körülményektől a különböző feliratok szuggesztív hatásáig. A környezetpszichológia új keletű, de ma még alulértékelt tudományág, amelynek külön jelentősége van a gyógyítási folyamat téri vonatkozásainak taglalásakor.

A rendszerszemlélet nagy gyakorlati haszna a közvetlen orvos-beteg kapcsolatban a család szerepének tisztább megítélése és a családterápia megjelenése. A különböző testi és lelki zavarok kialakulásában vagy fenntartásában sokszor kulcsfontosságú szerepet töltenek be a családi kapcsolatok. Egyes tüneteknek (például a fejfájásnak) kapcsolatszabályozó erejük van, általuk kontrollt szerez az egyik családtag a család többi tagja fölött, s ennek erős jutalomértéke lehet. A mechanizmusnak a pszichoszomatikus zavarokban jelentősége van. Másrészt ki kell emelnünk azt is, hogy például a családorvosi vagy a gyermekorvosi gyakorlatban igen gyakori a családtagokkal való találkozás is, s az ebből származó információkat fel lehet használni (Dallos – Procter, 2001). Jóval kevesebb adathoz jutunk, ha csupán egy családtaggal (azaz a beteggel) találkozunk.

Gyakori a tévhit, hogy jó orvosnak, terapeutának születni kell. Ez az álláspont kevés jelentőséget tulajdonít annak, hogy sok készség kitűnően fejleszthető. A hatékony kommunikáció tanulható, kidolgozott módszer-

tannal rendelkező pszichoterápiás irányzatok foglalkoznak a kérdéssel (kognitív-viselkedésterápiák, asszertív tréning). Az orvoslás jövője – talán nem túlzás – abban is rejlik, hogy mennyiben lesz képes a modern kapcsolatkezelési, a kommunikációs ügyességek fejlesztését célzó, a stressz leküzdésére irányuló módszerek hatékony bevezetésére. Erre még inkább szükség lesz az alternatív gyógyítás felerősödése, a konkurens áramlatok terjedése mellett. A magatartástudomány egyik igen fontos területe a hatékony, bizonyítékokon alapuló fejlesztő és terápiás módszerek kidolgozása és terjesztése (első sorban a kognitív-viselkedésterápiákat, a relaxációs és hipnoterápiát, a ma még kevésbé ismert interperszonális terápiát, a családterápiát és a különböző orientációjú csoportterápiákat említhetjük). Ezek eredményességét a legkülönbözőbb zavarok esetén kontrollált vizsgálatokkal igazolták (Sarafino, 1997).

E módszerek egyik kiemelt célja a kiegészítő szindróma megelőzése és kezelése. Ez a veszély sok orvost fenyeget, egyes szakterületek orvosait kiváltképpen.

### *Hagyományos és modern gyógyítási stílusok*

A hagyományos orvosszerep mellett a biopszichoszociális szemlélet mentén megváltoztak a gyógyítási stílusok is. A hagyományos terápiás megközelítést a modern meg-

### *Hagyományos terápiás megközelítés*

hibát, deficitet keres  
a patológia felfedezésére fókuszál  
az emberek rosszak, ellenállóak  
a terapeuta a leltre koncentrálnak  
a terapeuta „szakértő”  
a fókusz a múltban van  
a terapeuta elakadást állapít meg

### *Megoldásorientált terápia*

kompetenciákat, képességet keres  
az egészség előmozdítását célozza  
az emberek jószándékúak, együttműködőek  
kis változások serkentésére fókuszál, amelyek  
nagyobbakhoz vezetnek  
a terápia kollaboratív – a terapeutának  
és a betegnek egyaránt van szakértelme  
a fókusz a jelenen és a jövőn van  
a terapeuta változás-orientált

### 1. táblázat

oldásorientált terápiás stílussal összevetve a következő különbségek adódnak (Bertolino – Schultheis, 2002). (1. táblázat)

Ma már egyre inkább arra törekszik az orvos, hogy a gyógyító folyamat teljességében, a prevenciótól a rehabilitációig képviselni tudja a pozitív, együttműködésre alapozott, az etikai szabályokat maximálisan tiszteletben tartó terápiás attitűdöt.

### *A magatartásorvoslás főbb területei*

A magatartási tényezők szerepe az orvostudományban egyre szembeötlőbbé vált, elég csupán a káros szokáscselekvések, élvezeti szerek különböző egészségi kockázatot fokozó hatására gondolnunk. Ebből következik, hogy a magatartásbeli tényezők kontrollálása hatalmas lehetőséget rejt magában a különböző kórképek morbiditását tekintve. A prevenció kérdésével külön tanulmány foglalkozik e kötetben, itt csak a magatartásorvoslás néhány aspektusát vetjük fel (Searight, 1999; Buda – Kopp, 2001).

A magatartásorvoslás tudományosan megalapozott módszereket használ, ezért e területen a bizonyítékokon alapuló orvoslás fogalma különösen időszerű. Mindennek szolgálatába állítja az objektív méréseket célzó eljárásokat, legtöbbször kérdőíves módszereket. A különböző tünetlisták mellett ma egyre több életminőség-kérdőív jelenik meg, amelyek a legkülönfélébb kórképek életminőségét hivatottak elemezni (Barry – Zissi, 1997). A tudományos vizsgálatok terén pedig a jól kontrollált tanulmányok egyre nagyobb teret kapnak, leggyakrabban a várólistás kontrollcsoportok alkalmazása történik meg.

Mint a kutatással kapcsolatos írásban részletesen kifejtettük, a lelki eredetű testi tünetek háttérben meghatározó szerepe van a stressznek, a stresszreakciónak, a kontrollálhatatlan stresszhelyzeteknek, illetve a krónikus stressznek. A stresszreakciók azután valamennyi élettevékenységünket

befolyásolják. Ezért beszélhetünk a magatartásorvoslás keretében stressz eredetű megbetegedésekről. Ugyanez a közös háttér magyarázza, hogy a kezelési módszerek igen hasonlóak, lényegében valamennyi magatartásorvoslási kezelési mód a stresszel való megbirkózást igyekszik segíteni a pszichológiai, vegetatív és társas zavarok kezelésével. Ugyanazok a mechanizmusok, amelyek az evolúció során azért alakultak ki, hogy egyre eredményesebben tudjunk megbirkózni a környezeti változásokkal, tartós vagy elkerülhetetlen környezeti hatások esetében, különösen a modern, civilizált körülmények között, felboríthatják a testi és lelki egyensúlyt, a homeosztázist. Látnunk kell, hogy a stressz nem csupán a betegségeknek egy szűk körével van kapcsolatban. Minden olyan helyzet, amely próbára teszi a szervezetet vagy ami eltéríti a normál működéstől, a homeosztázistól, stresszhelyzetet jelent, és hozzájárulhat kóros állapotok kialakulásához vagy egy betegség súlyosbodásához. Ezek a helyzetek lehetnek magatartásiak, kognitívak, társadalmi-gazdaságiak, környezetiak vagy biológiaiak. Ilyen értelemben minden betegség kapcsolatban van a stresszel, mivel az a homeosztázistól való eltérést jelenti.

A magatartásorvoslás legfontosabb területeit tekintjük át röviden a következőkben.

A szív-érrendszeri megbetegedésekben a pszichoszociális tényezők közül a depresszió, szorongás független kockázati szerepe bizonyított. A krónikus stresszállapot jelentősen fokozza a hipertónia, a koronária-betegség, a miokardiális-infarktus veszélyeztetettségét. A betegségek elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzésében, a kockázatok csökkentésében a magatartásorvoslás módszerei, a pszichoterápiák igen hasznosak.

A magatartásorvoslási módszerek bizonyítottan hatékonyak a daganatos betegségek kórlefolásának, a betegek életminőségének javításában.

Nagy népegészségügyi vonzatú betegségek jelentenek a gyomor-bél rendszer pszichoszomatikus zavarai. Az irritabilis bél szindróma az átlagnépesség körében mért hatalmas arányával (10-20%) tűnik ki. A gyomor- és nyombélfekély a klasszikus pszichoszomatikus zavarok közé tartozik, a pszichés, szociális tényezők szerepe továbbra is jelentős az egyre alaposabban megismert biológiai tényezők, elsősorban a *Helicobacter pylori* hatásának befolyásolásában. Megemlítendő még a reflux-betegség is. Mindezekben különböző pszichoterápiás módszereket próbáltak már ki, a kontrollált vizsgálatok leginkább a kognitív-viselkedésterápiák hasznát hűzték alá (Újszászy – Túry, 1998).

A légzőszervi betegségek között az *asthma bronchiale* klasszikus pszichoszomatikus kórképként említve régóta ismert területe a magatartásorvoslásnak. A dohányzás következményei és az arról való leszokás szintén csak akkor hatékony, ha a háttérben álló motivációs tényezők megváltoztatását tűzi ki céljául. A táplálékfelvétel anomáliái, a klasszikus evészavarokként ismert *anorexia* és *bulimia nervosa* a társadalmi-kulturális tényezőktől (karcsúságuideál) jelentősen függenek. Kezelésükben a kognitív-viselkedésterápiák, az interperszonális terápia és igen gyakran a családterápia jó hatása több kontrollált vizsgálattal igazolható volt. Bulimiában a hipnózisnak is van haszna. A népegészségügyi kérdésnek tekinthető túlsúlyosság a hazai lakosság mintegy 30 %-át érinti. E hatalmas népesség zavara mögött ritkábban húzódnak meg endokrinológiai-belgyógyászati eltérések, többször pszichoszomatikus kórfejlődésről van szó.

Gyakorlatilag minden szervrendszert károsíthat pszichoszomatikus mechanizmus (bőrgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, szemészet stb.). Nagy gyakorlati jelentősége miatt külön ki kell emelni a fájdalom kérdését, amelynek kezelésében komplex magatartásorvoslási módszerekre van szükség a gondos testi vizsgálatok mellett. Noha a lelki szenvedést éppúgy, mint a testit, a fájdalom szóval jellemezzük, az orvosi gondolkodásban a fájdalomnak igen leegyszerűsített felfogása általános. Az a tény, hogy a testi fájdalomról panaszkodó betegek többségénél a fájdalom elsősorban központi, pszichés eredetű, perifériás szövetkárosodás nélkül, egyáltalán nem közismert. Sok pszichoszociális vonzatuk van a fertőző betegségeknek is, elsősorban a fertőzésre való fokozott érzékenységeknek illetve a betegség lefolyásának.

A magatartástudományok az orvosi működés elengedhetetlen alapterületei közé emelkedtek. A bizonyítékokon alapuló orvoslás eszközeivel igazolható módon hatékony magatartásorvoslási módszereket ismerünk. Az irányzat szemléleti nyitottságával, elméleti megalapozottságával képes arra, hogy az egymástól távol eső területek között is kötőanyagot jelentsen. Igen nagy szükség volna arra, hogy az orvosok legalább annyira ismerjék és alkalmazzák a magatartásorvoslási, pszichoterápiás módszerek alapjait mindennapi praxisukban, mint a farmakoterápiás módszereket.

Kulcsszavak: *magatartástudomány, magatartásorvoslás, rendszerszemlélet, kommunikáció, integráció, pszichoszomatika, pszichoterápiák*

#### IRODALOM

Bálint Mihály (1956/1990): *Az orvos, a beteg és a betegség*. MPT, Budapest  
 Barry, Margaret M. – Zissi, A. (1997): *Quality of Life as an Outcome Measure in Evaluating Mental Health Services: A Review of the Empirical Evi-*

dence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. **32**, 39-47

Bertolino, Bob – Schultheis, Gary M. (2002): *Therapist's Notebook For Families: Solution-Oriented Exercises for Working with Parents, Children, and Adolescents*. The Haworth Press, New York

- Bracken, Patrick – Thomas, Philip (2002): Time to Move beyond the Mind-Body Split. *British Medical Journal*. **325**, 1433-1434
- Buda Béla (1988): *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*. Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest
- Buda Béla – Kopp Mária (szerk.) (2001): *Magatartástudományok*. Medicina, Budapest
- Dallos, Rudi – Procter, Hary (2001): A családi folyamatok interakcionális szemlélete. in Biró Sándor – Komlósi Piroska (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv I*. Animula, Budapest, 7-52
- Davidson, Larry – Strauss, J. S. (1995): Beyond the Biopsychosocial Model: Integrating Disorder, Health, and Recovery. *Psychiatry* **58**, 44-55
- Engel, George L. (1977): The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. *Science*. **196**, 129-136
- Frankl, Viktor E. (1997): *Orvosi lélekgondozás*. UR, Bp.
- Sadler, John Z. – Hulgus, Yosaf F. (1992): Clinical Problem Solving and the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*. **149**, 1315-1323
- Sarafino, Edward P. (1997): *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. Wiley, New York
- Searight, H. Russell (1999): *Behavioral Medicine: A Primary Care Approach*. Brunner/Mazel, New York
- Szőnyi Gábor (2000): A kezelési kombináció kérdései. in Szőnyi Gábor – Füredi János (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina, Bp., 180-193
- Újszászy László – Túry Ferenc (1998): *Irritabilis bél vagy irritabilis személyiség*. Medicom, Budapest

