

Dr. Túry Ferenc

Anorexia és bulimia: az evés zavarai a mindennapos gyakorlat szemszögéből

Összefoglalás

Az evészavarok két alapvető típusa az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Jellegzetesen pszichoszomatikus zavarok, amelyek kialakulásában biológiai, pszichológiai (egyéni és családi), valamint társadalmi-kulturális tényezők egyaránt helyet kapnak. Előtérbe kerülésüket a magas morbiditási mutatók és a magas anorexiás mortalitás indokolja. Gyakoriságuk fiatal nők között 1-4%, ezt hazai adatok is megerősítik. A tünetek gyakran rejtettek, különösen a bulimia esetén. Terápiájukban a gyógyszeres kezelésnek kisebb a szerepe. A pszichoterápiák (egyéni, akár csoport- vagy családterápia) jó hatékonysággal alkalmazhatók. Igen előnyösek lehetnek a különböző terápiás módszereket integráló speciális programok, az enyhébb esetekben az önségítés különböző formái és a pszichoedukáció.

Az alapellátás szempontjából lényegesnek tűnik a zavarok felismerése, a pszichoterápiák fontosságának hangsúlyos volta, és a súlyosabb jegyekkel rendelkező betegek továbbirányítása.

Bevezetés

A táplálékfelvételi magatartás, az evés zavarai között az anorexia nervosa (AN) régóta ismert kórkép, a bulimia nervosa (BN) viszont mindössze két évtizede vált hivatalos betegségegységgé^{1,2}. A következőkben az evés kifejezést használjuk a táplálékfelvétel pszichológiai értelemben vett viselkedésének jelölésére; az étkezés inkább a társadalmi szokások, rítusok értelmében használatos, a táplálkozás pedig túlságosan tág kategória.

Az evés zavarainak előtérbe kerülését az utóbbi 2-3 évtized pszichiátriai gyakorlatában elsősorban a mor-

biditási adatok (különösképpen a szubklinikai zavarok tekintetében), valamint az AN súlyos volta és magas mortalitási mutatói magyarázhatják. A jelen rövid áttekintés a háziorvosi gyakorlat szempontjából fontos ismereteket kísérli meg összefoglalni. A fent említett két alapvető típuson kívül érintjük még az obezitást is, annak részletesebb tárgyalása nélkül.

Milyen gyakoriak az evés zavarai?

Az obezitás prevalenciája az átlagnépességben 30% körüli, egyes nyugati adatok szerint az 50%-ot is eléri. Az AN és BN együttes előfordulása fiatal nők között 1-4% körüli, ma már a BN számít gyakoribb zavarnak³. Az evészavarok jellegzetesen női betegségek, fiatal lányokra jellemzőek; nőkben 10-50-szer gyakoribbak, mint férfiakban. Az AN általában 12-18 éves korban, a BN néhány évvel később kezdődik. A magyarországi prevalenciaadatok megfelelnek a nyugati államokban észlelteknél^{4,5,6}. Korábban azt hitték, hogy kultúr-specifikus, csak a nyugati civilizáció országaira jellemző zavarokról van szó, s ezért használták az előfordulás leírására a „3 W” megjelölést (white Western women = fehér nyugati nők). Igen gyakoriak a szubklinikai zavarok, egyes tünetek (például falásrohamok, koplalások) fokozott kockázatú csoportokban, így egyetemisták között a 60%-ot is elérik.

Az evészavarok előfordulása jellegzetes szelekcióval jellemezhető a társadalmi osztályok vonatkozásában. A felső és középső társadalmi osztályokban gyakoriak, bár az utóbbi években terjednek alacsonyabb osztályokban, idősebbekben és férfiakban is. Vannak fokozott kockázattal rendelkező csoportok: a diákok, a karcúság nyomásának kitett táncosok, manókenek, egyes sportolók, de a diabetes mellitusban szenvedők, férfiakban a homoszexuálisok említendők itt. A társadalmi tényezőkre utalnak az etnikai különbségek is: fehérek között gyakoribbak, mint feketék között (lásd a „3 W”-t).

Az evészavarok etiopatogenetikai tényezői

A pszichoszomatikus zavarokra a komplex, multidimenzionális betegségfelfogás a legcélravezetőbb elméleti keret. Nem egyetlen okkal magyarázható zavarokról van szó, hanem különböző tényezők adott konstellációjáról. Biológiai, pszichológiai és társadalmi-kulturális faktorok egyaránt szerepet játszanak az evés zavarokban¹. Ezek továbbá feloszthatók predisponáló, precipitáló és fenntartó tényezőkre (1. táblázat).

A predisponáló tényezők lehetnek egyéni, ezen belül biológiai (például genetikai), pszichológiai (például személyiségbeli) összetevők. Családi és szociokulturális kockázati tényezők is vannak. Ez utóbbiak között a jellegzetes nemi különbség, a kormegoszlás, a társadalmi rétegbeli különbségek, egyes foglalkozási csoportok (manókenek, táncosok) fokozott kockázata, a mai korra jellemző és nagy kulturális nyomást jelentő karcúságideál említendő.

A precipitáló tényezők olyan stresszorok, amelyek diétázáshoz és fogyókúrához vezetnek. A betegséget fenntartó tényezők lehetnek biológiai: a malnutritio következményei, vagy a környezetből származó különböző megerősítések, a betegség másodlagos előnyei.

Vannak olyan elképzelések is, amelyek nem magyarázzák az evészavarok komplexitását, hanem egy-egy területre koncentrálnak részlemeket. Az evészavarok betegségmodelljei valamilyen betegséghez hasonlítják az evészavarokat. Ilyen elképzelés az evészavarok depressziómodellje, amely a depressziós tünetek, az önvád, a szuicidumok gyakori előfordulása, az antidepresszívumok néha előnyös hatásai alapján azt tételezi fel, hogy az evészavarok a depresszió formakörébe tartoznak. Hasonló teória a kényszerbetegség-modell, amely a gyakori kényszeres tünetek és a kényszerbetegséggel (obsessiv-compulsiv zavarral) való magas komorbiditási arány alapján tételez fel szoros rokonságot a két zavartípus között. Említendő továbbá

Dr. Túry Ferenc
Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

1. táblázat

**Az evészavarok többdimenziós patogenetikai modellje
(Garner után)**

Prediszponáló tényezők		Precipitáló tényezők		Fenntartó tényezők
Egyéni	→			
Családi	→	Elégedetlenség a testsúllyal és az alakkal	→	diétázás az ön-értékelés és önkontroll növelésére
Kulturális	→			Éhezési tünetek és változások az interakciókban
		└┐		└┐

az addikciós hipotézis: ez az evészavarokat addikcióknak fogja fel, ami a BN esetében nyilvánvalónak tűnik, de az AN is felfogható szenvedélynek, mégpedig soványság-szenvedélynek (ezt fejezi az AN német neve is: *Magersucht*)⁷. Az evészavarok disszociációs hipotézise a betegek egy alcsoportjában észlelhető disszociatív tünetek alapján tételez fel ilyen mechanizmust az etiopatogenezisben: egyes betegek zavara megfelel a többszörös személyiség (azaz: disszociatív identitás) képének. Ismert még a feszültségredukciós modell is, ez a szorongásszabályozást állítja a középpontba. A BN-sok egy része a hányás előidézésé, a hányás okozta katartikus megkönnyebbülés, feszültségcsökkentés érdekében eszi túl magát.

Vannak további, szűk keresztmetszetű elméletek, amelyek részben biológiai vizsgálatokon, részben klinikai vagy pszichoterápiás tapasztalatokon nyugszanak. A biológiai elméletek az étvágy, éhség és telítettség bonyolult szabályozásában szereplő idegrendszeri struktúrákban, biokémiai tényezőkben talált elváltozások szerepét emelik ki. A pszichoanalitikus elméletek a mélylélektani tényezők szerepét hangsúlyozzák. A kognitív-viselkedéslélektani teóriák a kognitív deficitek, a testképzavar jelentőségét, a családindinamikai modell a tünetek családi jelentését (az evés megtagadása igen gyakran a családon belüli dac megnyilvánulása lehet), a feminista modell a női szerepsajátosságok megváltozását, a szociokulturális modellek a karcsúság-ideált, az evészavarok társadalmi metaforikus jelentését emelik ki.

Ezek a részelméletek egy-egy beteg jobb megismerésében jó kapaszkodót nyújthatnak, inspirálhatják a terápiát, de természetesen nem

képesek az evészavarok komplex képét magyarázni.

Klinikai tünetek

Az AN alaptünete a súlyhiány, a súlyfóbia, a testképzavar és az amenorrhoea^{1,8}. A súlyfóbia (más néven: obezitofóbia) az elhízástól való félelmet jelenti súlyos soványság esetén is. Az AN-s testképzavart az jellemzi, hogy a betegek kövérnek tartják magukat soványan is, nem tudják reálisan észlelni testüket. Mások

alakját azonban jól meg tudják ítélni, a testképzavar csak a saját testre vonatkozik. A súlyhiánynak legalább 15%-osnak kell lennie. A normális testsúlytartomány gyakran használt mutatója a testtömeg-index: a testsúly (kg) osztva a testmagasság négyzetével (tm²), ennek normális tartománya 18,5-25 kg/tm², illetve férfiakban 20-25 kg/tm² közötti. Az amenorrhoea bizonyos testsúlyhiány mellett szinte automatikusan jelentkezik.

Az AN-sok bőre száraz, lanugóval

2. táblázat

**Az anorexia nervosa kritériumai
a DSM-IV (1994) szerint**

- A korhoz és testmagassághoz viszonyított minimális testsúly tartásának visszaautótitása, például súlyvesztés, mely a testsúlynak az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb szinten való fenntartásához vezet; vagy az elvárt súlynövekedés elmaradása a testi fejlődés időszaka alatt, ez az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb testsúlyhoz vezet.
- Intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy az elhízástól még soványság esetén is.
- A saját testsúly vagy alak észlelésének zavara, a testsúly vagy alak túlzott befolyása az önértékelésre, vagy a jelenlegi alacsony testsúly veszélyességének tagadása.
- Nőknél legalább három egymást követő menstruációs ciklus hiánya, ha az egyébként elvárható lenne (primer vagy szekunder amenorrhoea). (Egy nő amenorrhoeásnak tekinthető akkor is, ha menzesse csak hormon, például ösztrogén adása után van.)

Jelölendő a típus:

Restriktív típus: az AN epizódja alatt a személynek nincsenek ismétlődő falásrohamai és purgáló viselkedésformái (önhánytatás, hashajtók, diuretikumok használata, beöntés).

Purgáló (bulimiás) típus: az AN epizódja alatt a személynek ismétlődő falásrohamai vannak és purgálja magát.

fedett, hajuk hullik, bradycardiások, vérnyomásuk alacsony, vitális funkcióik lelassultak. Osteoporosis, hormonzavarok, emésztési zavarok, obstipatio lép fel. A vitális funkciók lassulása ellenére mozgásos hiperaktivitás gyakori. A betegek személyiségére a perfekcionizmus, teljesítmény-orientáció, túlkontrolláltság, kényszeresség jellemző. Kerülik az érzelmeket, a szexualitást is. Személyiségük részben meg is változik, visszahúzódó, dacos, gyakran depressziós lesz a beteg, betegségbelátása nincs.

A BN tünetei sokban hasonlítanak az AN tüneteihez, a két kórkép gyakran kevert formában is észlelhető (bulimarexia). Ezt az AN bulimiás al-típusának tartja a legújabb betegség-osztályozási rendszer. Alaptünetek a falásrohamok, amelyekre a kontrollvesztés érzése jellemző, továbbá testsúlycsökkentő manipulációk (önhánytatás, hashajtás, vízhajtás, koplalás, testedzés), a testképzavar-nak megfelelő állandó aggodalmaskodás a testsúly és alak miatt, valamint a tünetek bizonyos gyakorisága (legalább heti két falásroham). A BN minden tápláltsági állapotban megjelenhet, általában normális testsúllyal jár.

A BN-s tünetek gyakran rejtettek maradnak. Az epizódokat szénhidrát-preferencia jellemzi, néha éjszaka jelentkeznek: ekkor félálomszerű, disszociatív állapot lehet jellemző. Az epizód akár naponta többször is felléphet, több ezer kalória elfogyasztásával járhat, rövid ideig tart. A hányás során a gyomorsav a fogak belső felszínén zománceróziót okoz, ezért a rejtett zavar felismerésében a fogorvosok szerepe jelentős⁹. A hányások vagy a vízhajtás miatt kálium- és egyéb ionvesztés életveszélyes szívritmuszavarok vagy görcsös rosszullétek forrása lehet. A testi szövödmények között még a ritka, de életveszélyes gyomor-ruptura emelendő ki. Fatális szövödményt okozhat a hányás során jelentkező aspiráció is¹⁰.

A BN-nak az utóbbi évtizedben egyre gyakrabban jelenik meg egy altípusa, a multiimpulzív, vagy multiszimptomatikus BN. Ebben egyéb impulzuskontroll-zavarok is észlelhetők: alkohol-, drogfogyasztás, öngyilkossági kísérletek, önsebzések, kleptománia, promiszkuitás. Ez a forma borderline személyiség-zavarral jár – minél több ilyen impulzuskontroll-zavarra utaló tünet áll fenn, annál rosszabb a prognózis.

Meg kell említeni még egy új keletű zavart is, a férfiakra jellemző inverz anorexiát, vagy újabb nevén *izomdiszmorfiát*¹¹. Erre az AN-ban észlelhető tünetek fordítottja jellemző: testépítő férfiakban jelentkezik, akik igen izmos testük ellenére soványnak tartják magukat (fordított testképzavar), szteroidokat használnak, szégyellik vélt soványságukat. A kényszeres testedzés kitölti életüket, a szteroid-abúzus komoly szövödményekhez vezethet. Ezt a zavart mindössze 1993-ban írták le, ma még rejtett zavar, várhatóan egyre inkább előtérbe kerül.

Az evészavar-spektrum

Az evészavarok ma leginkább használatos diagnosztikai kritériumait a DSM-IV rendszere alapján mutatjuk be (2. és 3. táblázat)¹².

Az evészavarok kapcsolatainak megértését segíti elő a kontinuum-

hipotézis, mely a pszichiátriában egyre terjedő spektrumszemlélet alapján áll. Az evészavar-kontinuum több szempontból értelmezhető. A statikus kontinuum azt jelenti, hogy az egyes körülírt betegségkategóriák érintkeznek egymással, részben fedhetik egymást. A dinamikus kontinuum az időbeli változásokra utal, mivel az egyes formák idővel átmenhetnek egymásba. Gyakori, hogy a kisgyermekkorú obezitás után a pubertásban AN jelentkezik, majd BN alakul ki. A súlyosság szerint is van kontinuum: ez a szubklinikai és klinikai súlyosságú formák átmenetét jelenti. A komorbiditási kontinuum pedig a más pszichiátriai kórképek felé mutatott fokozatos átmeneteket takarja (lásd a betegségmodelleknél).

Az evészavarok kezelése

Az AN kezelésében súlyos lefogyás esetében a testsúly helyreállítása a

3. táblázat

A bulimia nervosa kritériumai a DSM-IV (1994) szerint

- A. Visszatérő falási epizódok. A falási epizódra mindkét alábbi pont jellemző:
 - (1) Adott (például kétórnyi) időtartam alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, amely biztosan nagyobb, mint amennyit a legtöbb ember megegy hasonló időtartam alatt és hasonló körülmények között.
 - (2) Az epizód alatt jellemző az étkezés feletti kontrollvesztés (pl. olyan érzés, hogy nem tudja abbahagyni az evést, vagy nem tudja kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).
- B. A súlygyarapodás megakadályozása érdekében ismétlődően alkalmazott kompenzáló viselkedésformák, mint önhánytatás, hashajtók és vizelethajtók használata, beöntés, vagy más módszerekkel való visszaélés, koplalás, vagy túlzott testgyakorlás.
- C. Mind a falás, mind a kompenzáló viselkedésformák hetente legalább kétszer és legalább három hónapon át jelentkeznek.
- D. Az önértékelést túlzottan befolyásolja a test alakja és súlya.
- E. A zavar nem kizárólag az anorexia nervosa epizódja alatt jelentkezik.

Jelölendő a típus:

Purgáló típus: a bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg rendszeresen foglalkozik önhánytatással, hashajtók és vizelethajtók használatával vagy beöntéssel.

Nem purgáló típus: a bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg nem foglalkozik purgáló viselkedésformákkal (önhánytatással, hashajtók és vizelethajtók használatával, beöntéssel), hanem a kompenzáló viselkedés egyéb formáit (például koplalás vagy túlzott mértékű testgyakorlás)

terápia kezdeti célja. A kórházi felvétel eldöntésekor a súlyvesztés mértékét, a család kooperációját, a betegség tartamát és a beteg motiváltságát kell figyelembe vennünk.

A testsúly helyreállításában extrém fogyás esetén szerepe lehet a parenterális vagy szondával történő táplálásnak, melynek a lehető legközelebb ideig kell tartania. A gyógyszeres kezelésnek specifikus, testsúly-növelő hatása általában nincs, de a gyakori komorbid állapotok a megfelelő pszichofarmakonok adását indokolják. Ezek között az antidepresszívumok emelhetők ki a gyakran észlelhető depresszió miatt. A régebben gyakran alkalmazott antipszichotikumokra csak pszichotikus tünetek esetén van szükség. Krónikus AN-ban az ösztrogénpótlás is ajánlható az osteoporosis kockázatának csökkentésére. Étvágyfokozó gyógyszerek (például inzulin) hatástalanok, csak a beteg ellenállását fokozzák.

A pszichoterápiát tekintve: különböző módszereket alkalmaznak eredményesen az AN kezelésében. A családterápia 18 éves kor alatti betegek számára hatékonyabb, mint az egyéni pszichoterápia, mely idősebb, krónikus betegek számára előnyösebb. A családterápia a tünetek kialakulásában szereplő családi diszfunkciók korrekciójában, a szeparáció-individuáció elősegítésében nyújt segítséget. Az egyéni pszichoterápiában a legnagyobb szerepe a pszichodinamikusan orientált terápiáknak és a tüneti viselkedés korrekcióját célzó viselkedés- és kognitív terápiáknak van. Emellett az érzelmi kifejezést és a testképzavar oldását elősegítő nonverbális terápiák, testorientált terápiák (például a mozgásterápia) a hatékony megküzdő viselkedés elsajátítását szolgáló csoportterápiás eljárások értéke említendő.

A BN kezelésében az enyhébb esetekben a táplálkozási szokásokat célzó pszichoedukáció, vagy az önsegítő kalauzok és csoportok is eredményt hozhatnak¹³. Az alkalmazott farmako- és pszichoterápiás módszerek hasonlóak az AN-ban leírtakhoz. A kórházi felvétel szükségességét a tünetek súlyossága és a családi disharmónia mértéke határozza meg. Szomatikus veszélyeztetés, öngyilkossági veszély, az impulzuskontroll társuló súlyosabb zavarai (alkohol- vagy drogabúzus), teljesen kontrollvesztett táplálékfelvétel, vagy ambuláns kezelésre nem javuló makacs

tünetek indokolják általában a felvételt. A kezelőkkel való együttműködést leginkább az impulzus-kontroll zavarai nehezítik. BN-ban meglehetősen nagy (10% körüli) a terápiából való lemorzsolódás.

A szomatikus terápiában a testi szövdmények (alultápláltság, kálium-vesztés) korrekciója az első lépések közé tartozik. A farmakoterápiában az antidepresszívumoknak igazoltan jó hatásuk van függetlenül a depresszió egyidejű jelenlététől. Egyéb pszichofarmakonokra csak tüneti kezelés céljából van szükség. Leginkább a szelektív szerotonin-reuptake-inhibitorok (SSRI) ajánlottak, gyakran a depresszióban megszokottnál nagyobb adagban. Ezek közül fluoxetinnel végezték a legmegbízhatóbb tanulmányt. A klasszikus triciklusos szerek és MAO-bénítók (RIMA-szerek) is alkalmazhatók. Az antidepresszív kezelés kétségtelen jó hatásával kapcsolatban meg kell említeni, hogy tüneti absztinencia ritkán következik be, másrészt a gyógyszerek kihagyása visszaesést provokálhat. Mindez pszichoterápia egyidejű alkalmazásának szükségességére hívja fel a figyelmet. Több vizsgálat szerint a farmako- és pszichoterápiák kombinációja előnyösebb, mint az egy módszerrel történő kezelés.

A pszichoterápiát tekintve a BN kezelésében többféle terápiás megközelítésnek van értéke. A viselkedés- és kognitív terápiák igen hasznosak lehetnek a jelentősen megváltozott táplálkozási szokások korrekciójában. Közöttük különösen fontos az expozíció és válaszmegelőzés módszere: a beteg túlevését nem akadályozzák meg, de a következményes hányást igen. A személyes kapcsolatok átértékelését fókuszba állító interperszonális terápia hatékonysága szintén jó. A pszichodinamikusan orientált terápiák szerepe is nagy, különösen a traumatikus élmények feldolgozásában, melyek között a szexuális abúzus gyakori, különösen multiimpulzív BN-ban. A szexualitással kapcsolatos egyéb problémák is gyakoriak, például nemkívánatos terhesség megszakítását követően kezdődnek a tünetek. A családterápia itt is hasznos, a fiatalabb, 18 éves kor alatti betegek esetében gyakorlatilag megkezdhetetlen. A hipnózis szerepe a disszociatív altípusban nagy, ezek a betegek kifejezetten fogékonyak is a hipnotikus tudatállapot-módosulásra. A csoportterápiák különböző ori-

entációval működnek, itt a terápiás gazdaságosság is fontos tényező. A táplálkozási tanácsadás bevezetése a terápiás programba javíthatja a felépülés esélyeit.

Az evészavarok komplex volta az egyes terápiás módszerek kombinálását is szükségessé teheti, ezért a speciális evészavar-klinikákon ma döntően integratív szemlélettel folyik a kezelés. Ebben a farmakoterápia mellett az egyéni dinamikus terápiának, a családterápiának, a kognitív-viselkedésterápiának, a csoportterápiáknak van leginkább szerepük.

Az evészavarok prognózisa

Az evészavarok lefolyása általában krónikus, nem ritkán évekig, évtizedekig is húzódhatnak. A krónikus lefolyás az életminőséget súlyosan rontja. Spontán javulás főleg az enyhe kórképekben fordul elő.

Az AN mortalitása magas, a betegség kezdetét követő tíz éven belül 8% körüli a legjobb evészavar-klinikákon is: súlyos kórformáról van szó. 20 éves követés után a mortalitás a 20%-ot is eléri. Ennek oka a súlyos alultápláltság, interkurrens fertőzések, öngyilkosság, szívmegállás. BN-ban a tünetek jelentős csökkenése a kezelt betegek kétharmadában észlelhető. A teljes tünetmentesség azonban ritka, jóval gyakoribb, hogy egyes tünetek évekig fennállnak. Az enyhébb tünetekkel járó, ambulánsan is kezelhető formák prognózisa jobb.

Az alapellátás sokat tehet a rejtett zavarok felismerése ügyében. Ha fiatal lány kóros soványsággal, amenorrhoeával, vagy erősen romló fogzással jelentkezik, fel kell mérni az evészavarok gyanúját. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek terápiájában a pszichoterápiák lényegesebbek, mint a farmakoterápia, a komplex betegségmegközelítés – mint általában a pszichoszomatikus zavarokban – itt is a szemlélet alapját jelenti. Ki kell emelnünk még a jól működő háziorvos-pszichiáter liaison kívánalmát, hogy a súlyosabb betegek könnyen el tudjanak kerülni a megfelelő szakellátáshoz.

Irodalomjegyzék:

1. Túry F., Szabó P.: *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina, Budapest, 2000.

2. Túry F.: A táplálkozási magatartás zavarai (evészavarok). In: *A pszichiátria magyar kézikönyve* (szerk.: Füredi J.). 2., átdolgozott kiadás. Medicina, Budapest, 2001, 439-446. old.
3. APA: *Gyakorlati útmutató evési zavarok kezeléséhez*. VIKOTE füzetek, Budapest, 1997.
4. Túry F., Rathner, G., Szabó P., Forgács A.: *A táplálkozási magatartás zavarainak hazai epidemiológiai adatai: újabb eredmények*. Orvosi Hetilap 135:787-791, 1994.
5. Rathner, G., Túry F., Szabó P.: *Evészavarok a rendszerváltás utáni, az ún. keleti blokk országai-ban*. Orvosi Hetilap 142:1331-1333, 2001.
6. Szumska I., Túry F., Hajnal Á., Csoboth Cs., Purebl Gy., Réthelyi J.: *Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában*. Psychiatria Hungarica 16:374-383, 2001.
7. Túry F., Szabó P.: *Bulimia: az addikciók speciális formája?* In: *Addikciók*. Szerk.: Németh A., Gerevich J. Medicina, Budapest, 2000, 185-206. old.
8. Riskó Á. (szerk.): *Étkezési zavarok*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1993.
9. Szabó P., Túry F., Madlén M.: *A bulimia nervosa sztomatológiai vonatkozásai*. Fogorvosi Szemle 84:301-305, 1991.
10. Szabó P., Túry F.: *A pszichoszomatikus táplálkozási zavarok szövődésményei*. Orvosi Hetilap 135:1067-1072, 1994.
11. Túry F., Kovács Sz., Gyenis M.: *Az izomdiszorfia (inverz anorexia) hazai gyakorisága testépítők között*. Szervenélybetegségek 9:326-330, 2001.
12. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. APA, Washington, D.C., 1994.
13. Cooper, P.J.: *Farkaséhség (bulimia)*. Springer, Budapest, 1994.

Könyvrecenzió

Tringer László: A pszichiátria tankönyve

Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999, 574 old. ISBN: 9638154926

Az egyszerűsített tankönyvek kockázatosak. Szubjektívek és egyenetlenek lehetnek – a manapság mérhetetlenül felszaporodott ismeretanyagban jól tájékozódni komoly fegyvertény. Nagy előnyük viszont az egységes szemlélet.

Ez egy felhasználóbarát könyv, ami különösen fontos szempont tankönyvek esetében. A felhasználók (leginkább: egyetemi hallgatók) tisztelete (mondhatni: szolgálata) végig érződik a könyvön. Műgond, személyesség és hitelesség kíséretében. Ezek talán a legnagyobb értékei ennek a nagy vállalkozásnak. Apró példa a műgondra a borító átgondolt megtervezése. Átlengi a könyvet a szerző nagy gyakorlati tapasztalata és igen sokirányú elméleti felkészültsége. A gyakorlatiasságra a legjobb példát az anekdotikus eset-vignetták jelentik, amelyek kitűnő kapaszkodót jelentenek az olvasónak, egyben személyességük folytán közelítik, hitelessé teszik az anyagot a szárazabb tankönyvekkel szemben. Nem véletlen az sem, hogy sokszor egyetemista betegek köréből olvashatunk példákat.

A szerző szemléletét a klasszikus európai hagyományok alapozták meg. Manapság ezek háttérbe szorultak az úthen-ger-like amerikai nyomulás következményeképpen. Dicsérjük a szerzőt szemléletbeli széles spektrumáért. Következtesen megemlékezett például klasszikus szerzőkről, a történeti áttekintés az egyes fejezetekben igen jó. A másik fontos jellemző, mely vezérfonál gyanánt húzódik végig a könyvön: a kognitív szemlélet. Nem válik azonban gátjává más elképzelések érvényességének, hanem nagyon kulturáltan jelenik meg a háttérben. Ilyenkor aránybeli eltérések jelezhetnek elkötelezettséget – nincs azonban jelentős arányzavar, bár például a pszichoterápiák áttekintésénél kissé többet szánnék az analitikus irányzatnak. Egy másik észrevétel: a családszemlélet megjelenik, a kapcsolati dimenzió helyet kap a megfelelő helyeken, azonban több teret érdemelne a családterápia, például a neurozisos terápiájának taglalásakor.

Az ismeretanyag friss, jól válogatott. Nagy útvessző lehetett volna; remekül megoldotta a szerző a releváns hírek szelekcióját a legkülönbözőbb területekről és egészen széles skálán. Ezt sok tankönyvszerző úgy oldja meg, hogy öt kézikönyvből összeollózz egy hatodikot. Itt szó sincs ilyen olcsó mutatóványról.

Természetesen lehetne kritizálni néhány, a szerző által tudatosan vállalt megoldást. Nem taglalta részletesen a mai klasszifikációs rendszereket, de utalt rájuk a részletes betegségtani fejezetekben. Nem nyújt terápiás kottákat, inkább szemléletet – meg lehet találni viszont a fontos teendők leírását is minden szükséges helyen. Kellő gyanakvás után mégis az a meggyőződésem támadt, hogy igaza volt a szerzőnek.

A tipográfia és a szerkesztés kiváló, ugyanúgy a terjedelem

is éppen jó (hiába szabadkozik emiatt a szerző). Könnyű a tájékozódás, sokat segítenek a fejezetek előtti tartalomjegyzékek is. Talán jó lett volna egy közepméretű irodalomjegyzék is, bár a tankönyvek nem sokszor élnek vele.

A kötelező recenziós szöveghasogatást illusztrálандó: néhány elütés van csupán a kötetben. A 167. oldal anekdotája ismétlődik a 334. oldalon. Egy másik apróság: a „pszichogén eredetű” kifejezés helyett elég a „pszichogén”. Továbbá: több szakkifejezés idegen nyelvű alakja zárójelben megtalálható. Ha történetileg érdekes, vagy az árnyaltabb tájékozódást teszi lehetővé, akkor indokolt ez a kettős nyelv (példa a Pföpf-schizophrenia, sensitive Beziehungswahn, stb.). Ha viszont ilyen célokat nem szolgál, felesleges. Nemigen van haszna például a teljesítmény-szükséglet, a játékszenvedély vagy az incubus idegen nyelvű változatainak. Ugyanakkor nagyon jók a rövid etimológiai elemzések, amelyek mindig segítik a tanulást, kár, hogy sok tankönyv ezt nem tartja fontosnak (a magam részéről külön díjazom az „antidepresszívum” szó helyes voltának elmagyarázását a sokat használt káros változattal szemben).

Napjainkban elég merész vállalkozás pszichiátriai tankönyvvel előállni. Jóból is megárt a sok, gondolhatnánk. Van egy kitűnő új kézikönyv (*A pszichiátria magyar kézikönyve*), amelynek második kiadása a gyermekbetegségek nélküli változatként feltehetően még jobb lesz. Lefordított egy elég jó Andreassen-kötet. A közelmúlt kézikönyveit, tankönyveit is ismerjük, előnyeikkel és egyenetlenségeikkel. Számomra a jelen kötet látszik a legalkalmasabbnak az egyetemi alapoktatás számára. A kézikönyv részletes, átfogó, sokszerzős szakvizsgaanyag, más a célja. Az Andreassen-kötet pedig eléggé száraz és egyszerűsített. A még elég friss Juhász – Pethő kézikönyv nagy tudományos (fantasztikus) vállalkozás volt, az óriási ismeretanyag viszont nem eléggé egységes, s a szerzők nem törekedtek olcsó népszerűsége.

A könyv frissességével, pragmatizmusával és igen megalapozott, jól válogatott ismeretanyagával méltán nyeri el majd a helyet a klasszikus hazai egyszerűsített tankönyvek között, melyek egyik iskolapéldája volt a középgeneráció számára a „Nyíró”. Ilyen volt egyébként még Juhász Pál neurológiai tankönyve is – sokan emlékszünk még rá.

Tankönyvet írni nagy felelősség (vagy könnyelműség, ha valaki felkészületlenül fog neki). Jó tankönyvet írni bűvészmutatóvány. Ez sikerült a szerzőnek: számíthat arra, hogy a vizsgák után nem az antikváriumokban köt ki a könyve, hanem megmarad a megőrzött és forgatott, kedvelt források között. Minőségi munka, sikeres, komoly vállalkozás.

Dr. Túry Ferenc