

ZÁRÓJELENTÉS

A "NÉVVÁLTOZÁS VAGY KÓRKÉP VÁLTOZÁS? A PSZICHOSZOMATIKUS BETEGSÉGGKATEGÓRIÁK ÁTALAKULÁSÁT BEFOLYÁSOLÓ TÁRSADALOMLÉLEKTANI TÉNYEZŐK" c. OTKA-PÁLYÁZATRÓL

2003-2005

Elméleti kutatások

a. A szomatizációs (hisztériás) tünetek változásainak történeti szempontú kutatása

Az elméleti kutatások egyik fő célja a szomatizációs kórképekkel és azok elődjével, a hisztériával kapcsolatos orvosi és laikus nézetek, reprezentációk összefoglaló elemzése volt, a betegség első, ókori egyiptomi említésétől a 19. század közepéig, a modern orvostudomány megjelenéséig. Kutatásaink szerint a a hisztéria a testtel és a betegségekkel kapcsolatos tudás bizonytalanságainak és az ehhez kapcsolódó szorongásoknak a hordozója (**Csabai, 2004e, 2005a**). Kutatásainkban jelentős hangsúlyt kapott az is, hogy a szomatizáció - a hisztéria - története elválaszthatatlan a nőiséggel kapcsolatos társadalmi és tudományos reprezentációk szerveződésétől, továbbá a pszichoanalízis történetétől, hiszen ez utóbbinak épp a hisztéria volt az "alapító" betegsége és további fejlődését is jelentősen befolyásolták a szomatizációs problémák megoldatlanságával kapcsolatos feszültségek (**Borgos, 2004, Borgos, 2006 a, b, Csabai, 2003b, Csabai, 2004c, Borgos, Csabai, Moukhtar, Szili, 2004, Csabai, Borgos, Moukhtar, Szili, 2005, Csabai és Erős 2005**).

b. A kórképek változásait befolyásoló tudománypolitikai tényezők kutatása

Az elméleti kutatás egy másik vonulata azokkal a társadalmi és tudománypolitika tényezőkkel foglalkozott, amelyek szerepet játszottak a szomatizációs kórképek diagnózisainak 20. századi (főként a II. vh. utáni) változásaiban (**Csabai 2003 a, b, 2004a**). A változások folyamata szorosan összekapcsolódik a pszichoanalízis és a pszichiátria diszciplínáin belüli szakmapolitikai csatározásokkal, hatalmi küzdelmekkel, s ezen szakterületeknek a szomatikus medicinához való viszonyával. A téma bemutatásában döntően a konstrukcionista és diskurzív megközelítés játszotta a fő szerepet. Eszerint az adott kor orvostudományának domináns szemlélete jelenik meg az orvosok elvárásaiban, és a tünetek ezen elvárások szerint prezentálódnak a betegek részéről. Kutatásunkban mindez kiegészült annak bemutatásával, hogy ebben a folyamatban napjainkban milyen szerepet játszik a média és az internet, továbbá

különböleg egyéb medikalizációs hatások. A kutatás kitért arra is, hogy a betegek miként válnak részeseivé a betegség-konstrukciónak (Csabai 2003a).

c. A szomatizáció és a szelfszerveződés összefüggéseinek kutatása

A kutatás következő kérdésfelvetése abból a tételből indult ki, hogy a freudizmus antropológiai általánosítás szintjére emelte a nyugati filozófia azon klasszikus tételét, mely szerint az egyén lényege „belül” van, „mélyen eltemetve”. Az 1960-es évektől megjelenő elméletek azonban felvetették, hogy a pszichoszomatikus páciensnek „nincs mit elfednie”, mert a szignifikáns jelentések és emlékek kiirtása hatására énje kiüresedett, s így a szubjektum létmódja döntően szomatikus. A kutatás ezen részében ennek az elméletnek az ellentmondásaival foglalkoztunk (Csabai, 2004f, 2005c). Ezen összefüggésben került elemzésre az a probléma is, hogy a verbális terápiák általában sikertelenek a pszichoszomatikus esetek kezelésében (Szili, 2004). Hasonlóképp itt került tárgyalásra a szenvedés „elbeszélhetőségének” episztemológiai kérdése is. Ezt a kérdést két esetleírás - egy irodalmi és egy klinikai forrásból származó szomatizációs történet - elemzése segítségével is tanulmányoztuk (Kovai, 2004, Csabai, 2004b).

d. A szomatizáció orvos-beteg kapcsolati összefüggéseinek kutatása

A kutatás következő része abból a problémából indult ki, hogy a szomatizációs jellegű panaszokkal jelentkező páciensek körében általános tendenciának tekinthető a gyakori orvosváltás, a „felesleges” orvos-beteg találkozások, amelyek jelentősen csökkentik a bizalmat orvos és beteg között. Kutatásunk során is beigazolódott, hogy szomatizáció problémájának előtérbe kerülése napjainkban részben ezekkel a frusztrációkkal és bizalomvesztéssel van összefüggésben (Csabai, 2005d, 2004a). A bizalomvesztés hátterében azonban manapság újabb okokat is felfedeztek. Kutatásunk során rámutattunk, hogy a sokféle, nehezen értelmezhető és egymásnak sokszor ellentmondó információ növeli a laikusokban a bizonytalanságot és a szakértői véleményekkel kapcsolatos szkepszist (Kende, Szili, Csabai, 2005) Az orvosi tudásba vetett bizalom csökkenése gyakran *magával az orvossal* kapcsolatos bizalom csökkenését is eredményezi, ami rendkívül káros hatással van az orvos-beteg kapcsolatra. (Csabai 2005d, 2006in press) A páciensek alkalmazkodnak az orvosi tekintetű, ugyanakkor az orvos is használja a páciensek által „felkínált” tüneteket és magyarázatokat. Kutatásunk során beigazolódott, hogy a betegség története során mindig jellemző volt, hogy a páciensek és hozzátartozóik maguk is megerősítik a betegségről alkotott társadalmi sztereotípiákat, így például a reproduktív szervek zavara vagy a „nőietlen viselkedés” és a hisztéria közti kapcsolatot. A tünetek mögött álló személyes vagy társadalmi traumatizáció különböző formái, a függőségek, konfliktusok sokrétűen reprezentálják ezt a

problémát (**Borgos, 2004**) A szomatizáció - korábbi elnevezéssel a hisztéria - témájának tehát különös jelentősége van az orvos-beteg kapcsolat szempontjából. A mai orvosi pszichológia és magatartástudományok megközelítéseiben ez elsősorban a viselkedéses, konstrukcionista és élettörténeti modellekben kap hangsúlyt (**Csabai, 2003c, 2004a**)

e. Az elméleti kutatások eredményeinek összegzése

A fent bemutatott kutatási eredmények egy készülő monográfiában kerülnek összegzésre (**Csabai, előkészületben**), mely kötet a pszichoszomatikus betegségek változásainak társadalomlélektani kontextusát mutatja be, egy történeti ívet követve az orvostudomány kezdeteitől napjainkig. A kötet egyik célja annak bemutatása, hogy a tünetek mindig speciális lenyomatát képezik az adott kornak és a társadalmi közegnek, amelyben megjelentek. Másfelől ezek a tünetek a társadalom intézményrendszerét és hatalmi struktúráit átszövő diskurzusok eredőjeként is felfoghatók, azaz kialakulásukban jelentős szerepet kap az adott kor orvosi és pszichológiai kultúrája, továbbá a testtel és a betegségekkel kapcsolatos általános felfogás.

Empirikus kutatások

1. FELMÉRÉS FÓKUSZCSOPORT ÉS INTERJÚ MÓDSZERREL A LAIKUS ÉS PROFESSZIONÁLIS DISKURZUSOK ÖSSZEHASONLÍTÁSÁRA

Empirikus kutatásunk egyik célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk, milyen jellemző diskurzív mintázatot követnek a témával kapcsolatban a laikusok és a gyakorló szakemberek elképzelései a mai Magyarországon, s hogy ezek a reprezentációk milyen viszonyban vannak egymással. A felmérés egyik szakaszában **10 fókuszcsoport beszélgetést** szerveztünk Budapesten 62 újsághirdetésre jelentkező résztvevővel, átlagéletkoruk 49 év volt, a legfiatalabb résztvevő 25, a legidősebb 73 éves volt. A beszélgetéseken 46 nő és 16 férfi vett részt. A másik szakaszban **25 strukturált interjút** készítettünk budapesti és vidéki gyakorló szakemberekkel, 11 háziorvossal, 5 belgyógyással, 2 neurológussal és 1-1 kardiológus, nőgyógyász, osztályos orvos és klinikai pszichológus részvételével.

A fókuszcsoportok résztvevőinek egy rövid beszámolót olvastunk fel, ahol egy személy, akinek a neve, kora és foglalkozása nem volt meghatározva, a tüneteiről, testi-lelki állapotáról beszél. A fókuszcsoportok „esetelemző” csoportokként működtek, megegyezésre kellett jutniuk a személy korát, nemét, foglalkozását, életkörülményeit illetően, s véleményt alkotni állapotáról, annak lehetséges okairól, illetve a segítség módjáról. A csoportok

átlagosan 60 percesek voltak. Az ülések hangfelvételét legéveltük, s ezek a szövegek kerültek elemzésre kvalitatív technikákkal.

Az orvosokkal készült interjúk kérdései arra vonatkoztak, hogy hogyan definiálják és miként alkalmazzák a mindennapi gyakorlatban a „szomatizáció” és „pszichoszomatika” kategóriákat, mit gondolnak ezek elterjedtségéről különféle szociodemográfiai szempontok szerint, mennyire tartják tájékozottnak ezzel kapcsolatban a betegeket, mit gondolnak arról, milyen tényezők befolyásolják ezeknek a kórképeknek a kialakulását és változásait. Az interjúk átlagosan 40 percesek voltak, s a fókuszcsoportokhoz hasonlóan a legévelt interjúkat kvalitatív elemzésnek vetettük alá.

1.2. Eredmények

1.2.1. A laikus és szakmai diskurzusok összehasonlítása

A szomatizációval kapcsolatos kétféle – laikus és orvosi – diskurzus feltűnően hasonlít egymásra, sokszor még a két fél megfogalmazásai is azonosak (**Csabai, 2004d, Kende, 2004, Kende, Szili, Csabai, 2005**). A pontos diagnosztikus kategóriákkal természetesen a laikus résztvevők nincsenek tisztában, ugyanakkor naiv elméleteik keretei között az orvosokkal azonos szempontok szerint „diagnosztizálnak”. A szomatizáció háttérében álló személyes és társadalmi összetevők mentén szinte azonos személyt ír le mindkét fél; a betegség etiológiájában is több a párhuzam, mint a különbség; tulajdonképpen még a terápiás javaslat is azonos, hiszen mindkét fél a kapcsolatot kiemelve javasolja a szakemberrel folytatott terápiát, bár a laikus résztvevők az orvosoknál lényegesen több teret hagynak a hagyományos orvoslás alternatíváinak. Kutatási eredményeink azt mutatják, hogy a laikus és az orvosi tapasztalatok alapján kialakított vélemény nagy mértékben megfelel azoknak az elképzeléseknek, amelyeket hasonló témában más országokban alakítanak ki a szakemberek, illetve több ponton egyezik a DSM-IV szomatizációs zavar leírásával. (**Füleki, 2004, Kende és Füleki, 2006**).

1.2.2. A tpikus szomatizáló betegről alkotott szakmai és laikus reprezentációk

A szomatizációs zavar esetével asszociált 40-50 közötti nő tulajdonképpen a társadalom nőkkel, életkorral és reprodukcióval kapcsolatos előítéleteinek céltábláját jelenti. A társadalom és a tudomány által patologizált fiziológiai változások között kiemelt helyet kap a menopauza: egyfelől a nőiség és anyaság széleskörű megfeleltetése során a menopauza a női lét beszűkülésének szimbóluma, továbbá a kötelező fiatalság –mint a szépségmítosz központi eleme – szintén a sikeres nők csoportján kívül helyezi ezt a korosztályt (**Kende, Szili, Csabai, 2005, Kende, 2006, előkészületben**)

A változásokkal együttjáró krízisállapot során a 40-50 év közötti nők talán azért sodródhatnak könnyebben a betegszerep felé, mert nem találják helyüket az egyelőre még indeterminált, új szerepkörben, ezt a váltást nehezítik meg a társadalmi előítéletek és az olyan problémák, mint a munkaerőpiaci elhelyezkedés nehézségei. Nem véletlen, hogy az anorexia kialakulása is egy hasonló testi-társadalmi változás, a serdülőkor idején jelenik meg leggyakrabban, és annak idején a hisztéria is azokat a nőket fenyegette leginkább, akik nem fértek be a meglévő kategóriákba (**Kende és Füleki, előkészületben**).

A szomatizáció hátterében az orvosok a laikusokhoz hasonlóan a személyes életút történéseit helyezik első helyre, ugyanakkor tisztában vannak a társadalmi hatások jelentőségével is, az életút társadalomba ágyazottságával. Mindez azt sugallja, hogy az orvosok által ismertett háttérokok valamivel összetettebbek és kevésbé köthetők a problémák egy típusához, azonban a kialakulás körülményeiről, a személyes életútban jelentkező krízisállapotról a vizsgálatunkban résztvevő orvosok és laikusok hasonló véleményen vannak (**Kende 2005, Kende-Szili-Csabai, 2005**).

1.2.3. Etiológiai elméletek a laikus és szakmai diskurzusokban

Kutatásunk egyik legfontosabb eredménye, hogy a gyakorló orvosok és a páciensek elképzelései sokszor közelebb vannak egymáshoz, mint ahogyan azt a felek kölcsönösen gondolják. A jellemzően sokféle szomatikus panaszról beszámoló „pácienst” elsősorban lelki betegnek tartották, s több olyan diagnózist is megemlítettek, amelyeket a „szomatizációs zavar” igen bizonytalan kategóriájának alternatívájaként szoktunk használni a klinikai gyakorlatban (**Csabai, 2004d, 2005d, Kende, Szili, Csabai, 2005**). A csoportos „esetlemzés” kapcsán számos etiológiai elméletet is megfogalmaztak a laikus résztvevők. Ezek a laikus teóriák gyakorlatilag lefedik a szomatizációval kapcsolatos mai vezető elméleteket (**Csabai, 2004d, Szili, 2005, Kovai, 2006, Szili és Borgos, 2006 előkészületben**). A „Gyermekkori problémák” gyűjtőkategória leginkább a traumaelméletnek felel meg, amely elsősorban a pszichoanalízisben jelenik meg. Az orvos-interjúk megerősítik azt a szakirodalmi megfigyelésünket, hogy a „szomatizációs”, „pszichoszomatikus”, „konverziós”, „hisztériás”, „funkcionális”, „pszichogén” fogalmakat a szakemberek meglehetősen rugalmasan alkalmazzák, sokszor egymás szinonimáiként (**Csabai, 2004a, 2006in press**).

A szomatizálással kapcsolatos fantáziák és jelenség eredtével kapcsolatos elképzelések összefonódnak. Mindenkinek felfedezi a tüneti kép mögött a maga szomatizálóját: azonosul a tüneti képpel, vagy éppen távolítja magától, vagy egyszerre végzi mindkettőt. Összességében úgy tűnt, az elképzelt illető felöltötte a fókuszcsoport résztvevők boldogtalansággal, sikertelenséggel kapcsolatos sztereotípiáit, ehhez a legtöbb esetben ellenszenvvel, ritkább

esetben sajnálattal vagy szánalommal viszonyultak, olykor ambivalensen: szánalommal és ellenszenvvel egyaránt. A testi tünet eredete a laikus elképzelésekben azért nem problematikus, mert éppen a testi és lelki közti kapcsolatban válik a sikertelenség együttesen mint betegség, diszfunkció és személy megragadhatóvá (Kovai, 2006, Kovai, előkészületben).

1.2.4. A testi érzések megjeleníthetősége és a terápiás igény a laikus elbeszélésekben

A fókuszcsoportban a testi érzetek és érzelmek összekapcsolódása ritka volt, csak a személyes történeteknél találkozhatunk ilyenekkel. Az átbeszélte jelenségek legtöbbször elvontak maradtak, nem kapcsolódtak megélt test-történetekhez. Az eset alanyaként szereplő illető jellemzésénél a testi jelenségek és pszichés tünetek habár ok-okozati rendbe illeszkedve szerepelnek a diskurzusban, mégsem kötődnek össze folyamatukban. A segítségkérésre vonatkozó javaslatok nem annyira a szakember szerepét hangsúlyozták, hanem inkább a kapcsolatét, amit barát és önségítő csoport is nyújthat. A szakember ritkán differenciálódott, orvos, természetgyógyász, homeopata és pszichológus is előfordult, így önismereti csoport és terápia is (Kende, Szili, Csabai, 2005). Ezekben az esetekben lényegként a kapcsolat és a beszélgetés emelkedett ki, a meghallgatás és a gyengédség. A kibeszélés mint vágy megjelenése - bizonyítja ezt a vizsgálatra jelentkezők meglepően magas száma is - attól paradox, hogy valójában mégsem tudnak a tünetek, testi jelenségek és az érzelmek közötti kapcsolatról beszélni az emberek. Amint az számos szakirodalmi leírásban is megjelenik, betegség testi érzetei, érzései és a hozzájuk kapcsolódó érzelmek verbális szinten nehezen reprezentálódnak a köznapi diskurzusban (Csabai, 2004f, 2005c). A kutatás ezen eredményei röviden úgy foglalhatók össze, hogy a test nem szóban olvasódik, hanem a tüneteken keresztül prezentálódik. (Szili, 2004, Szili, 2006 előkészületben)

2. KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS GYAKORLÓ ORVOSOK SZOMATIZÁCIÓVAL KAPCSOLATOS REPREZENTÁCIÓIRÓL

2.1. A kérdőíves felmérés kiindulópontja, kérdésselvetés

A fókuszcsoport-beszélgetések és az orvosokkal készült interjúk lehetőséget adnak a két fél vélekedéseinek összehasonlítására. A két vizsgálat azonban nem csak módszertanában, hanem céljait tekintve sem tekinthető azonosnak. A laikus résztvevők egy fiktív tüneti kép alapján asszociáltak egy lehetséges valós személyre, míg az orvosok strukturált interjú helyzetben kérdeztük személyes szakmai tapasztalataikról, nézeteikről, véleményeikről. A fókuszcsoport-beszélgetések és az orvosokkal készült interjúk során úgy tűnik, mindezek ellenére megközelítőleg egységes kép rajzolódott ki a szomatizáció jelenségkörével kapcsolatosan.

Mindkét csoportban megjelent a szomatizáció jelenségkörének társadalmi és medikális magyarázata egyaránt, orvosok és a laikusok szerint is az egyén szűkebb-tágabb társadalmi környezete és a személyes életút, élethelyzet összefüggésben áll a tünetekkel, valamint a jelenséget mindkét fél betegségnek tekinti. Szakemberek és laikusok tehát a fenti kérdésekben egyetértenek. Azonban úgy tűnt, hogy az egybehangzó vélekedések ellenére mégis a siketek párbeszéde zajlik a két fél között. Az általunk megkérdezett orvosok többsége úgy gondolta, hogy a közvélekedés nem osztja a jelenséggel kapcsolatos orvosi nézeteket – miszerint a szomatizáló élethelyzeti, pszichés problémáktól szenved, míg a laikusok az orvosok pszichés és szociális problémákkal szembeni érzéketlenségét emelik ki. **(Kende, Szili és Csabai, 2005, Kovai, 2006, Csabai, 2005d)**

Úgy gondoltuk, érdemes közelebbről megvizsgálni ezt az ellentmondást, azaz valamilyen módon szembesíteni a feleket egymás nézeteivel. Ezért gyakorló orvosokat kerestünk fel egy rövid kérdőívvel. Egyrészt arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen gyakorisággal találkoznak praxisuk során szomatizáló beteggel. Másrészt mennyiben értenek egyet a gyakorló orvosok a fókuszcsoport-beszélgetésekből származó állításokkal. Az állítások a szomatizációval kapcsolatos laikus etiológiai elképzeléseket tartalmazták. Végül a kérdőív harmadik részében az orvosinterjúkból és a laikus beszélgetésekből választott idézetekről kérdeztük az orvosokat: mondják meg, véleményük szerint orvostól, laikustól származik, vagy mindkettő mondhatta. Szándékosan olyan idézeteket választottunk, amelyek mindkét fél részéről elhangozhattak.

Kérdőívünkkel **170 orvost** kerestünk fel. A megkérdezettek szintén nem reprezentálják a magyar orvostársadalmat, ez nem is volt célunk, egyrészt azért, mert a nagy elemszámú reprezentatív minta vizsgálata meghaladta volna a kutatás költségvetési kereteit, másrészt az orvosok olyan populációt képeznek, amelyet már csak technikai okokból is igen nehéz ilyen módon vizsgálni. Azonban úgy gondoljuk, a reprezentativitás hiánya ellenére lehetséges releváns megállapításokat tennünk az orvosok szomatizációval kapcsolatos vélekedéseiről, az elemszám lehetővé teszi az adatok statisztikai elemzését, másrészt a mintában az összehasonlításhoz megfelelő arányban szerepelnek különféle szakterületeken dolgozó orvosok.

2.2. A mintáról

A megkérdezett orvosok átlagéletkora 42,8 év, 41,2%-uk (70 fő) férfi, 58,8%-uk (100 fő) nő. A kérdőíveket továbbképzéseken és kórházakban vettük fel, így a mintában szinte mindegyik szakterület képviselteti magát az anasztéziológustól a patológusig. Témánk szempontjából relevánsabb csoportnak tekinthetők a háziorvosok, a pszichiáterek, a belgyógyászok, ők feltehetően gyakrabban találkoznak szomatizáló beteggel, szerencsénkre mintánkban e három

szakterület „felülreprezentált”. A megkérdezettek 12,3%-a (21 fő) pszichiáter, 35,1%-uk (60 fő) háziorvos, 18,7%-uk (32 fő) belgyógyász. Az orvosok túlnyomó többsége (64,3%) fővárosi, 15,8%-uk megyeszékhelyen dolgozik, 11,1%-uk vidéki városban, 8,2%-uk községben.

2.3. Eredmények

A kérdőíves felmérés alapján úgy tűnik, Magyarországon az orvosi gyakorlatban igen gyakori a szomatizáló betegek jelenléte, a megkérdezett orvosok szerint az egészségügy különböző területein megjelenő betegek átlagosan 36,6%-a nem organikus eredetű problémával fordul orvoshoz. A belgyógyászok és a háziorvosok ezt az arányt magasabbra becsülik, mint más területeken dolgozó kollégáik (ide értve a pszichiátereket is): a háziorvosok szerint a betegforgalom 38,2%-át, a belgyógyászok szerint 41,6%-át teszik ki a szomatizálók. Ez önmagában figyelemreméltó adat (**Kovai és Csabai, 2006, előkészületben**).

Rákérdeztünk arra is, hogy saját praxisukban mekkorának látják a szomatizáló betegek arányát az össz-betegforgalomhoz képest. Az összes megkérdezett szerint – szakterületétől függetlenül – a rendelésen megjelenő betegek átlagosan 30%-ának nem organikus problémái vannak. Ez a becslés szakterületenként igen eltérő (nyilvánvaló, hogy egy anasztziológus, vagy patológus ritkábban találkozik szomatizáló beteggel, mint egy háziorvos). A pszichiáterek szerint pácienseik átlagosan 40%-a küzd pszichoszomatikus problémákkal, a háziorvosok megítélése szerint minden harmadik beteg (34,7%) nem organikus eredetű problémával fordul háziorvosához, a belgyógyászok szintén minden harmadik beteg (32,7%) nem organikus problémával kerül belgyógyászati szakrendelésre. Az orvosok tehát elgondolkodtatóan magasra becsülik az egészségügyben megjelenő szomatizáló betegeket, saját praxisukban és más területeken egyaránt. A fókuszcsoport beszélgetésekből származó laikus vélemények nagyobb részével a megkérdezett orvosok egyetértenek. Nem meglepő módon különösen elfogadtak a betegség pszichogén eredetére vonatkozó magyarázatok, miszerint a szomatizáció mögött depressziós panaszok rejtőznek, a kiváltó ok gyakran stressz, élethelyzeti nehézség, a szomatizáló betegek nem fogadják el a pszichológiai magyarázatokat, a szomatizáló beteg az orvostól leginkább törődést vár, a probléma megoldása elsősorban pszichoterápia. A megkérdezettek egyetértenek azzal az állítással is, hogy a szomatizáció ma népbetegség. A laikusok által megfogalmazott állítások más részével azonban nem értenek egyet az orvosok. Ezek a megállapítások általában a szomatizáció szociális „megoszlásaira” vonatkoznak: a szomatizáció elsősorban a középkorú, városi nőkre jellemző, nem jellemző a falun élőkre és a fizikai munkát végzőkre (**Kende és Füleki, 2006**). Külön figyelmet érdemel a „szomatizációs panaszok gyakrabban fordulnak elő roma páciensek körében” állítás. Ebben

az eseten sem jellemző az orvosok körében az egyetértés, azonban igen magas (31%) a válaszmegtagadók aránya (a többi állítás esetében a válaszhiányok aránya 0,5%).

A szomatizáció szociális kontextusát az orvosok úgy tűnik, nem veszik figyelembe illetve tagadják, legalábbis formális keretek között (**Kende és Füleki, 2006, előkészületben**). A kérdőív harmadik részében szereplő állítások közül ugyancsak a szomatizáció pszichológiai magyarázatait tulajdonítják „professzionális” megállapításnak. Ugyancsak „orvosinak” észlelték a szomatizáció gyerekkori érzelmi problémákkal való magyarázatát. Azonban az olyan kijelentéseket, amelyek szociális kategóriákhoz kötik a szomatizációt („a szomatizáció inkább nőkre jellemző”, ill. az értelmiségiek körében jellemzőbb a tünetekre való reflexió) az orvosok inkább laikusoknak tulajdonítják. E válaszjelenség szembeűnő, mert interjú helyzetben a legtöbb orvos kifejezetten hangsúlyozta a jelenség szociális összetevőit, személyes praxisukból gyakran meséltek illusztrációként „sztereotip” szomatizáló eseteket (**Kende, Szili és Csabai, 2005**).

2.4. A kérdőíves vizsgálat összefoglalása

A kérdőíves vizsgálat alapján tehát úgy tűnik, az orvosok jelentős problémának látják a szomatizációt, elutasítják a jelenség társadalmi magyarázatait, legalábbis azokat, amelyek sztereotip vélekedések kimondására adnak alkalmat, e vélekedéseket „laikusnak” tulajdonítják, ugyanakkor alulbecslik a közvélemény tájékozottságát a szomatizáció jelenségének pszichológiai eredetét illetően. Noha kis számú interjút készítettünk orvosokkal, mégis feltételezhetjük, hogy az orvosok fejében legalább annyira él egy kép a „tipikus” szomatizálóról, mint a laikusokéban, a kép azonban nyilvánosan nem mutatható meg, feltehetően azért, mert mint vélemény, nem összeegyeztethető az „objektív”, „szakmai”, „medikalizált” magyarázatokkal (**Kovai, 2006**). Az orvosok véleményeiben tehát a szomatizáció szociális beágyazottsága mint kijelentés társadalmi sztereotípiának tűnik, s mint ilyen nyilvánosan vállalhatatlan.

3. BETEGSÉGTÖRTÉNETEK ELEMZÉSE KÓRRAJZOKBAN, KLINIKAI ESETLEÍRÁSOKBAN, MŰALKOTÁSOKBAN ÉS A MÉDIÁBAN. HISZTÉRIA-ÁBRÁZOLÁSOK MOZGÁSELEMZÉSE

3.1. A laikus és professzionális betegségfelfogás elemzése hisztériás kórrajzokban

A kutatás keretében átnéztük a SOTE Pszichiátriai Klinikájának kórrajztárában a II. világháború előtti időszakból - a Budapesti Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem Elme- és Idegkórtani Klinikájáról származó - "hisztéria" diagnózissal ellátott kórrajzokat, s ezek közül harmincat részletesen elemeztünk diskurzív módszerrel Arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a kórrajzokban miként tükröződnek a laikus és

professzionális betegségrepresentációk összekapcsolódásai és miképp jelenik meg mindez a tünetbemutatásban (**Borgos, 2004**). Az esetek 1910-1938 közöttiek, a legtöbb (16) az 1920-as évekből való. A kórrajzok részletes anamnézist, betegségbeszámolót tartalmaznak. Ezek nemcsak szorosan a betegséghez kapcsolódnak, hanem számos információt nyújtanak a beteg életkörülményeiről, családi, társas-társadalmi viszonyairól is. A kórrajzok anamnézissel indulnak, ami voltaképpen az élettörténet egy szelete a betegség tükrében. a beteg vagy hozzátartozója szavai alapján. Feltűnő, hogy a beszámolók elsősorban testi tünetekről szólnak. A testi zavart feltehetőleg gyógyíthatóbbnak és legitimebbnek tekinti a beteg, könnyebben „felkínálja” maga és a szintén erősen fiziológiai szemléletű pszichiáter számára is. Tartalmilag nincs sok különbség a beteg és az orvos beszámolója között, leszámítva a (laikus vs. tudományos) szóhasználatot. A pszichiáter tüneteken túlmutató megjegyzései a betegségbelátásra, a szimulációra vagy disszimulációra, a viselkedés konvencionális/inadekvát jellegére, illetve a szeméremérzet meglétére/hiányára vonatkoznak. Feltűnő, hogy a pszichiáterek szinte semmiféle értelmezést nem kísérelnek meg adni a tünetekre. Az alapos élettörténeti exploráció ellenére úgy tűnik, mintha sem a betegség, sem a gyógyulás szempontjából nem tartanák relevánsnak a tünetek kialakulásának hátterét. A hisztériát számtalan kulturális – drámai, prózai, képzőművészeti stb. – alkotás reprezentálja, egyszersmind alakítja. A nők, mondhatni, *megtanulták* – férfiaktól –, hogy néznek ki a hisztériások, hogyan kell prezentálni a hisztériás tüneteket (**Borgos, 2006 a,b**). Ez a kulturális hatás is tetten érhető az esetek között.

3.2. Nemi reprezentációk a betegségtörténetekben és az életút patológiázása. Művészeti, klinikai és média-representációk elemzése

Kutatásunk ezen szakaszában az a gondolat állt a középpontban, hogy a betegség szociális reprezentációja - legyen laikus avagy professzionális - elméleti rendszer és elbeszélés, történet is egyben. Bizonyos testi tünetek lelki történések, élettörténeti események metaforáiként értelmezhetőek, miként az is, hogy a test nem pusztán organizmus, hanem társadalmi képződmény. A testtel, annak elváltozásaival és változataival kapcsolatos beszédmódokat áthatják a nemiséghez kötődő képzetek és elvárások. Kutatásunkban ezt különösen jellemzőnek találtuk azokban az esettörténetekben és elbeszélésekben, amelyek "tipikusan női" történeteket jelenítenek meg (**Borgos, 2006 a,b, Csabai, 2004b**) A női életút patológiázódása során a változások egyre inkább szindrómákat takarnak (pl. menopauza szindróma, premenstruális szindróma), és a jelenségek különféle betegségekkel (pl. postpartum depresszió) mutatnak elválaszthatatlan egységet. Az egészséges fiziológias történések patológiázása olyan betegségek létrejöttét eredményezte, amelyek a reprodukív

tevékenységgel, a szexualitással, a test megjelenési formáival kapcsolatos társadalmi elvárásokról is árulkodnak. Az interjúkra és sajtóanyagok tartalomelemzésére épülő vizsgálat feltárja a női életút patológiázódásának mértékét, annak megjelenési formáit és hatását a nők testtel kapcsolatos identitására (**Kende, 2006, előkészületben**). A férfiak testi működéseivel, és általában a férfiassággal kapcsolatos képzeteket mintha kevésbé hatná át a szomatizáció, vagy valamiféle, kifejezetten a nemiséghez köthető patológia (**Kovai, 2004**). Annak ellenére, hogy vannak úgynevezett férfibetegségek (túlhajszolettség, túlzott alkohol-, koleszterinfogyasztás jellegzetes kockázati betegségei), mégis a férfiakhoz asszociált betegségekben inkább a férfiaknak szánt társadalmi szerep jelenik meg, és nem a férfi teste, és a férfitesthez fűződő (például női) elvárások.

3.3. A klasszikus hisztériás mozdulatok szisztematikus elemzése

Kutatásunk következő szakaszában a hisztéria klasszikus, 19. század végi korszakából származó fényképeket és ábrákat elemeztünk a hisztériás pózok mozgáselemei és érzelmi kifejező tartalmai szerint. A képek és rajzok az Iconographie de la Salpetriere gyűjteményből, a Jean Martin Charcot és munkatársai által készített dokumentációból származtak. Az elemzéshez az eredetileg Rudolf Laban által kidolgozott mozgás-analízist alkalmaztuk. Az elemzés egyik fő szempontját az a megfigyelés képezte, hogy a korabeli fotók és a hisztéria mozgás-szekvenciáit tartalmazó részletes ábrák alapján valószínűsíthetővé vált, hogy a fényképeken megjelenített hisztériás pozíciók létrehozásában a páciens pszichopatológiai háttere mellett az őt kezelő orvosok és a környezetében lévő betegek is modellként szerepeltek. Ezt - a kortárs szakirodalomból is ismert - felvételt további mozgáselemzés segítségével teszteltük, képzett mozgásterapeuták bevonásával. Itt hangsúlyt fektettünk a mozdulatokhoz kapcsolódó érzelmek elemzésére is. (**Borgos, Csabai, Moukhtar, Szili, 2004**)

3.4. Tudományos performansz a pszichoszomatikus tünetek változásainak történetéről

A hisztéria-kórrajzok elemzésének eredményeit és a Charcot-féle hisztériás mozgások analízisét is felhasználtuk abban az előadásunkban, ahol a pszichoszomatikus tünetek változásainak 20. századi történetét a testi (mozgásos, érzelmi), verbális és vizuális tartalmak egyszerre jelentek meg. Mmondanivalónkat egyfajta „tudományos performansz” keretében fogalmaztuk meg, amelyben egyenrangú, egymásra reflektáló és egymást erősítő szerepet játszott szöveg, kép és mozgás (**Borgos, Csabai, Moukhtar, Szili, 2004, Csabai, Borgos, Moukhtar, Szili, 2005**). Mindenekelőtt a hisztériához kapcsolódó vizuális és gondolati, tudományos és laikus reprezentációkat igyekeztünk megragadni, ezen keresztül elsősorban a

test, a nőiség és az orvos-beteg kapcsolat kérdéseit érintve. A performansz keretében egymást kiegészítő eszközökkel próbáltuk érzékelteni a történeti ívet az erősen vizuális charcot-i működéstől, a verbalitást előtérbe helyező freudi elméleten át a mai, más formában, de újra képiség-hangsúlyú betegség-reprezentációkig.

A kutatás során szervezett szimpózium, konferencia:

1. "Szomatizáció és társadalom" szimpózium Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Naggyűlése, Debrecen, 2004. május 27-29.
2. Tünetek és történetek. A szomatizáció társadalmi és művészeti olvasatai. Interdiszciplináris műhelykonferencia. Budapest, 2006. január 14.

A kutatásból készült publikácók:

16 tanulmány, 14 konferencia előadás. Előkészületben: 1 monográfia, 4 tanulmány, 3 konferencia előadás

A KUTATÁSBAN RÉSZTVEVŐKKEL KAPCSOLATOS VÁLTOZÁSOK

A pályázatban feltüntetett résztvevők közül Illés Anikó nem tudott részt venni a kutatásban, mert a futamidő elejétől kezdve szülési szabadságon, majd GYES-en volt. Időközben bekapcsolódott a kutatásba Kovai Melinda és Füleki Katalin, mindketten a Pécsi Egyetem Pszichológiai Doktori Iskolájának hallgatói. Egy részfeladat végzésére a kutatáshoz csatlakozott Dr. Cserhádi Zoltán, a SOTE Magartartástudományi Intézet PhD hallgatója.