

# Üres niche-ek évadján – A pszichoszomatikus diskurzus intézményesülésének kérdései

LÁZÁR IMRE<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Károli Gáspár Református Egyetem Társadalom-, és Kommunikációtudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2018. január 5.; elfogadva: 2018. március 26.)

Az üres niche fogalma a betöltetlen lehetőségekre utal a címben. Arra az üres „létfülkére”, amelyben a pszichoszomatikus ellátást igénylő betegek és az ilyen képzettségű orvosok és klinikai szakpszichológusok terápiás találkozása megtörténhetne. A pszichoszomatikus szemléletű orvosi gyakorlat számára ilyen színtereket kínálhat a munkahelyi egészségvédelem és stresszmenedzsment, vagy a fürdőegészségügy. De a krónikus betegségek ellátását segítő szakrendelői hálózatokat is ilyen betölthető „üres niche-ek” jellemzik, ahol a nagy számban képzett és egészségügyben jártas klinikai szakpszichológusok alkalmazása lehetővé tenné a biomedikális szemlélet pszichoszomatikus kiterjesztését diagnosztikus és terápiás tekintetben is. A jelen írás a pszichoszomatika ideológiai alakváltásai, a kapcsolódó ontológiák és antropológiai jelentéshálók vizsgálata mellett az intézményesült diskurzusok, érdekestruktúrák, hatalmi viszonyok elemzésével humán ökológiai kontextusban tesz kísérletet az akadályok és nehézségek értelmezésére.

**Kulcsszavak:** pszichoszomatika, Foucault, diskurzuselmélet, Bourdieu, habitus, 4T modell, klinikai niche-ek

*„Az ember nem a betegségét hordó indifferens akasztó. Az ember a betegség nagyobbik fele. Az alkat még a fejbetörésben is érvényesül. Érvényesül az akut betegségek színészésében, de különösen érvényesül egyes idültebb, esetleg exogén okok nélkül fejlődő kórformákban, melyek meg sem érthetők, ítéletünkben el sem rendezhetők, ha nem követjük etiológiájának belső, rendszeren jelentősebb fonalait az egyéni tulajdonságok sajátos gomolyagába.”*

(Németh László)

## 1. Diskurzus és kánon humán ökológiai keretben

A diskurzus fogalma a társadalomtudományok számára intézményesült gondolkodásmódot jelent, amelynek vizsgálata segít feltárni az uralkodó értelmezési keretet és a szemléleti határoltságot teremtő fegyvelmező műkö-

---

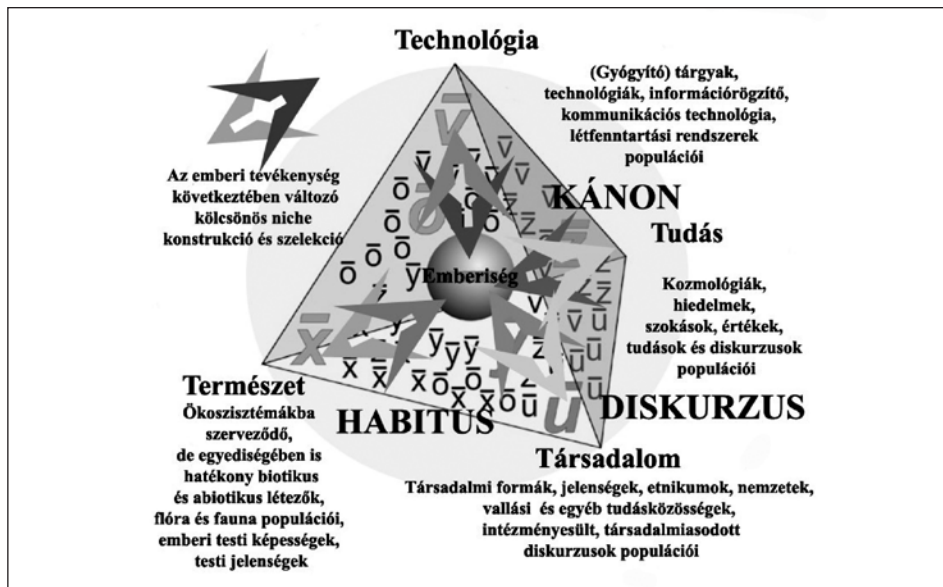
Levelezési cím: prof. dr. Lázár Imre, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest Nagyvárad tér 4. E-mail: [lazar.imre@med.semmelweis-univ.hu](mailto:lazar.imre@med.semmelweis-univ.hu)

désmódot. A diskurzus az adott értelmező közösségen belül „előjelalkotó”. Ami az egyik közösségben szent, a másokban botrány, a harmadikban boldonság. A diskurzust jellemzi fogalomköre, szóincse, stílusa és regisztere. Mivel a diskurzus intézmény-, sőt társadalomformáló erővel rendelkezik, ezért nem független az alapértékektől, érdekektől és a hatalomtól sem. Foucault szerint *„Minden oktatási rendszer a diskurzusok kisajátításának politikai fenntartása vagy módosítása, mindazon tudással és hatalommal együtt, ami a diskurzusok birtoklásával jár”* (Foucault, 1998, 62. o.) Az oktatásban tovább örökített hegemon szemléletmódot a kapcsolódó diskurzusok törvényszerűségei rendszerszerűen szabályozzák. A diskurzust alakító és képviselő személyek körét minősítő, jóváhagyó, szűrő rendszerek ellenőrzik.

A diskurzusok magvában válogatás, ellenőrzés és kizárás folyamatában rögzülő diskurzuselemek, szociokulturálisan jóváhagyott ismeretek, ideák állnak össze kánonná. Maga a kánon tág fogalom: szövegek, szerzők, beszédmódok, műfajok halmaza és a kiválasztásukat meghatározó kommentárok és az önállósuló értelmezés szerves rendszere. Ilyen tekintetben a kanonizáció a valóság reprezentációi között zajló versengés, bizonyos értelemben sajátos memetikus evolúció eredménye. A mém mint kultúrgén fogalma itt tudományos módszert, elméletet és tényeket egyaránt jelöl. Ez az evolúció függ a technológiai, természeti és társadalmi környezettől, amely szintén szelektív nyomást gyakorol a különböző mémek, azaz rögzített tények, felismert törvényszerűségek és magyarázó modellek, szociokulturálisan konstruált elméletek kiválogatására, és ellenőrzésére.

A diskurzusok társadalmi-hatalmi ellenőrzésére példa a kultúrpolitika „túr, támogat, tilt” hármassága, vagy társadalmi változások, forradalmak, rendszerváltozások kánonokat felülíró vagy leváltó természete. A kánont újraszervezi, szelektálja a tudományos paradigmaváltás, mint azt Thomas Kuhn (2000) elmélete érzékeltette, de így hatnak az információs technológia változásai is McLuhan (1962) médiaelmélete szerint. Mélyreható befolyása lehet a tudáskörnyezet változásának vagy a természeti környezet civilizációs eredetű válságának is.

Tehát a diskurzus és a kánon sajátos humán ökológiai kontextusban alakul, rögzül vagy változik. Tekintettel a diskurzusokká szerveződő és kanonizálódó tudás társadalmi, technológiai és természeti környezetalakító hatására olyan evolúciós folyamattal kell számolnunk, amely szerint a domináns világértelmezés maga is niche-teremtő és szelektív hatású környezetté válik, ami megjelenik a közgondolkodás (common sense) erejében, megjelenik az értékek és érdekek normateremtő, fegyelmező és viselkedésszervező hatásában (Lázár, 2015). A tudásfordulatok, technológiai és/vagy társadalmi forradalmak egyben új niche-eket teremtenek, amelyek új szelekciós nyomást generálnak az 1. ábrán bemutatott körfolyamati dinamikában.



1. ábra. Létfülkék a 4T modell humán ökológiai dinamikájában

Mind a diskurzus, mind a kánon a tudáskörnyezet és a társadalmi közeg kölcsönhatásában kikristályosodó kollektív reprezentáció. De a diskurzus dinamikájának erőteljes társadalmi-hatalmi érzékenységgel szemben a kánon velejárója az időtállóság, a történetietlenítés igénye. A diskurzus és a kánon közös jellemzője azonban, hogy az intézményesülés, a normativitás, és az azonosulás követelménye miatt hatalmi logikát követ. A kánon diskurzusépítményéhez tartoznak a cenzúra, a szöveggondozás és az értelemgondozás intézményei, melyek felelősek azért, hogy a tudás és reprezentáció rendszer egységes, és a változó valóságképhez is illeszkedő magyarázó modellként szolgáljon. Ez a szöveggondozási és cenzúrázó funkció megjelenik a tankönyvírás, az enciklopédia és a kézikönyv-szerkesztés gyakorlatában, a kapuőri mechanizmusokban és a tudományos folyóirat peer review jellegű kollektív szerkesztési folyamatában.

A bizonyítékalapú tudáskánon a tény alapú gondolkodással együtt a kifinomult statisztikai módszertant, az igazolási és a falszifikációs gyakorlatot teszi igazságkritériummá a kánon alakításakor, és így a kivételes tapasztalat, a kazuisztikák gyakorlati értéke csökken, és a klasszikus pszichoanalitikus irányultságú pszichoszomatika esettanulmányai is értéküket veszítik. Azonban a kánongondozás része az értelemgondozás intézménye is, amely a hagyományos szövegek változó technológiai és tudáskörnyezetben való újraértelmezését is magában foglalja. Az értelemgondozás szemantikai, je-

lentésadó szolgálat, amely lehetővé teszi a kánonban foglalt tudás újraigazolását is. Erre a kánonban foglalt szövegek évülése miatt is szükség van. Ez kétirányú szolgálat, az adott tudásközösségben ezt szolgálja a tudományos diskurzus, a konferenciák vagy a szinten tartó tanfolyamok világa, illetve a filológiai kommentárok gyakorlata, amely a szövegértelem hivatalos tudásközösségen belüli rekonstrukcióját segíti az új tudáselemek összefüggés-rendszerében. A tradicionális tudás megújítása, a szövegértelem aktualizálása egyben a szöveghierarchia védelmezését is magába foglalja. Rögzült és megszentelt voltán túl a kánon áttételeken keresztül, szövegeken, kommentárokon, szabályokon, intelmeken, a szocializációba épülő nevelési textusokon keresztül érvényesíti gyakorlati, valóságteremtő szerepét. De a tudományos kánon a szóbeliség kommunikációs szövetén keresztül is valóságformáló, például a biomedikális tudás a származtatott testtechnikák, az életrend mintáin keresztül is hat. E kommunikációs tér szövetében szerveződik az egyéni életvilág, a család, baráti kör, munkahelyi és szakmai közösség valósága, jelentéshálója az általános közgondolkodás is.

Ugyanakkor vannak történelmi, társadalmi helyzetek, amelyben bizalmi válság keretében a közösség elfordulhat a kánontól, vagy ellenkezőleg a szakmai közösség a kánon-fundamentalizmus erődjébe húzódik. A posztmodern állapot a nagy magyarázó modellek, metanarratívák elutasítását hozta magával, azaz a kényszerítő erejű, átfogó fogalmi, világértelmező rendszerekkel szembeni lokális kritikák, helyi tudások éledtek fel, vagy ilyenek formálódtak újonnan. Ez kedvezőtlenül érintette a pszichoszomatikát is, mert a relativizált metanarratívák között szerepelt a Freud-i létértelmezés is, amely a pszichoszomatika számára sokáig hegemon ideológiai hátteret szolgáltatott.

Másrésről a lokális elbeszélések („petit recits”) változatos köre számos pszichoterápiás szubkultúrát, illetve az alternatív és a komplementer medicinaiban otthont találó magyarázó modellt kínált a pszichoszomatikus betegségek értelmezésére. Ezek a maguk részdiszciplináris, szubkulturális, vagy alternatív értelmező keretében megformált tudásváltozatok gyakran támaszkodnak az uralkodótól eltérő alapfeltevésekre, vagy egzotikus, távoli és újjáélesztett tudásörökségre. Változatos feléledésükre jó példát kínál a kilencvenes években az alternatív medicina niche-einek gyors benépesülése. Ezzel szemben a késő modernitás a szavatolt, bizonyítékalapú tudás erődjeit építette fel az intézményesült diskurzus tekintetében is uralkodó tudásvilágot teremtve. Ebben a folyamatban a legitimitáció foucault-i értelemben is fontos, mert a legitimitást adó hatalomhoz kapcsolódó beszédmód és fogalmi kategóriák, jelentésháló érvényét a bizonyítékalapú tudományos értelmezés a szociokulturális szférán kívülre, az objektív tények, a bizonyítékalapú Igazság monopolisztikus világába helyezi.

A kritikai társadalomtudományos vélekedés azonban ezt az érték- és érdekmentes objektivitást kétségbe vonja, jelezve, hogy a tudományos tények

is szociokulturális konstrukciók, és a kutatás sem érték- és érdekmentes folyamat. A kutatást és a publikációs gyakorlatot befolyásolhatja gazdasági érdek, illetve a tudományos közösséget jellemző érték- és érdekvezérelt dinamika.

A foucaulti értelmezés szerint a tudás megszerzése elképzelhetetlen a hatalmi viszonyokon kívül, ahol a hatalom jelentős mértékben a különböző – tágabb értelemben vett – technológiák működő és állandó változásban lévő rendszeréből származtatható. Ennek a hatalmi dinamikának része az oktatás, a közegészségügy, az adózási intézményrendszer, a forrásallokációt biztosító politikai-gazdasági gépezet, a biztosító rendszerek, azaz a társadalmi jólét széleskörű biztosítását szolgáló bürokratikus gépezet, amely egyben intenzív információs, ellenőrzési mechanizmusokat igényel. Foucault szerint az igazságnak, az igazolt és cáfolhatatlan információnak funkcionális szerepe van, ami a bizonyítékalapúság hatalmi jelentőségét is kiemeli. *„A hatalom gyakorlása együtt jár az igaz diskurzusok valamiféle ökonómijával. Ezek a diskurzusok ebben a hatalomban, belőle kiindulva és rajta keresztül fejtik ki hatásukat. Rákényszerülünk arra, hogy az igazságot előállítsuk, a hatalmat pedig, különös módon, csakis az igazság előállításával tudjuk gyakorolni”* (Foucault, 2000, 319. o.). A hatalmi viszonyok bizonyos diskurzusformák előnyben részesítésével az Igazságról alkotott vélekedések és a versenyző érdekek közti hierarchiát képezik le. Ezek alapján a foucault-i értelemben vett „diszciplináris társadalom”-ban a diszciplína fogalmának mindkét jelentése: a *fegyelmelés* és a *tudomány* is összekapcsolódik. A hierarchikus intézménystruktúrák az ellenőrzés, minősítés és osztályozás feladatát mind jobban kiterjesztik az életvilág mind szélesebb tartományaira. Ez jelenik meg a medikalizáció jelenségkörében, de e folyamat alkalmat adhat a biomedicina igazságainak biopszichoszociális kiterjesztésére is, olyan új kereteket kínálva, mint a klinikai pszichofiziológia, a szociális idegtudomány, a „network medicina”, az egyénre szabott orvoslás, a munkahelyi pszichoszomatika, vagy az ún. életmód medicina („lifestyle medicine”).

Ez a bizonyítékalapú tudás diszciplinái mentén értelmezett és „képződő”, diskurzus alapú hatalom a fegyelmelés és felügyelet gyakorlatainak keresztül szelektált egyéni képességek és teljesítmények, az életvitel szabályozott módjai, a cselekvés és tudás normái révén habitusalakító is. A tiltások, kizárások és szabályozások fegyelmelő rendszere a *normák* és a *normalitás* társadalmi elsajátításával a közgondolkodásba befogadott, objektivált szabályokat emel be a mindennapi létezésbe. Foucault ezt a fegyelmelő és fegyelmelt társadalmat mint *normalizált közösséget* írja le.

Ebben az értelmezési körben nem kerülhetjük meg Foucault (1990) „biopolitikai” koncepcióját sem. Itt nagy népességmintán végzett nemzedéknyi életidőt felölelő követéses vizsgálatok epidemiológiai elemzéseinek alapján nyert statisztikai adatok, illetve a népesedést, halandóságot illető előrelátás és szabályozás konkrét és általában állami beavatkozást igénylő

műveleteiben ölt testet a biohatalmi látásmód. Az így kialakított „policy” az életminőség kutatásának adatain nyugszik és az életminőség szolgálatába áll (Kopp & Kovács, 2006). Tehát a tudományos kánon és diskurzus mind a diskurzusközösségekben munkálkodó orvos, mind az igazolt tudás alapján formálódó biopolitika/biohatalom befolyása alatt szocializálódó személy habitusát alakítja.

## 2. A habitus pszichoszomatikus jelentősége és hatalmi kontextusa

A habitus a vele rokon fogalmakhoz (hexis, embodiment) hasonlóan a személy mélyen jellemző, testi és viselkedéses valójában is megnyilvánuló együttest takar, amely értékek, szokások, beállítódások, célok, elvárások, szocializált sémák, érzékenységek és az (élet)stílus, szövetében alakul ki. Mindezt a pszichoszomatika, és az ún. „életmód medicina”, illetve az új népegészségügy emberképének is kulcsfogalma.

A habitus a szokásrend által meghatározott személyes érzületet, észjárást, viselkedés- és cselekvésmódot is magában foglalja. Más szavakkal a személy habitusa az adott csoport elsajátított kulturális tőkájének fizikai megtestesülése, mélyen bevéselt szokások, készségek és diszpozíciók együttese, amelyet élettapasztalataink során szerzünk meg. Az adott társadalmi csoportban, családban, közösségekben elsajátított strukturált expresszív, nyelvi és gyakorlatias megnyilvánulások Bourdieu (1977, 1984) értelmezésében diszpozíció jellegű belső sémákká válnak, határoló rendszerré, stílussá szerveződnek. Ilyen értelemben a habitus és a viselkedés viszonya hasonlít a nyelvtan és nyelvi jelenségek és beszédmód viszonyához. A habitus történelmi folyamatok eredménye, tartós és maga is fejlődő, és az adott kontextushoz igazított diszpozíció. A habitusban az ösztönös, a tanult és reflektált tudatos megnyilvánulások keverednek és testi-lelki mélységet nyernek, ezért Rehbein a habitust a *pszichoszomatikus elme* megnyilvánulásának tartja (Rehbein, 2011).

A habitus az elsődleges, kulturális, osztályértékeket is átörökítő családi szocializáció és a tanult, iskolázott habitus együttese. Az elsődleges habitus valódi testet öltött történelem, természetességében átörökített értékek, irányultságok, hangoztások összessége, ami rejtve is hagyományhordozó. Ebben a mélyebb rétegben gyökereznek a betegek naív betegségmagyarázatai. Az iskolázottság és a mindennapi tapasztalatok formálta másodlagos habitus ezzel az elsődleges réteggel folyamatos dinamikus kölcsönhatásban, újraszervező viszonyban áll. Ugyanakkor az elsődleges habitusnak igen jelentős tehetetlenségét észleljük, amely számos nemzedékközi konfliktus forrása. A habitus egyben szorosan kapcsolódik a mező (field) fogalmához. Az adott szociokulturális meghatározottsághoz, illetve társadalmi osztályhoz

tartozó habitushoz tartozik a doxa fogalma, azaz annak a tudásnak az összessége, amely az adott szociokulturális mezőben magától értetődő és a szociális viselkedésnek határokat szab. Mindennek a gyógyítás biomedicinális versus pszichoszomatikus gyakorlata tekintetében, az orvos és a beteg viszonylatában is nagy jelentősége van.

A redukcionista biomedikális szemlélet maga is kifejezi azokat a hatalmi érték-, és érdekvizonyokat, amelyek a gyógyítás „igazságiparát” meghatározzák, és kizár más, „evidence based” módon nem igazolható tudás és habituselemeket (alternatív medicina, hitgyógyászat, stb.) amelyek tényalapjának igazolása akadályokba ütközik. De ebben az oktatást meghatározó kulturális és ökonómiai tőkének is szerepe van, ami a gazdasági tőke (jól fizetett állások) és a kulturális tőke (diplomák, tudományos fokozatok) „újra-termelésében” is megjelenik. Ezért az objektív, „diszciplináris”, igazságiparilag igazolt státuszú struktúrák és a szubjektív diszpozíciók közötti kapcsolatok szelektív előnyhöz jutnak, habitusformáló erővel rendelkeznek.

A szociális mező (field) tágabb fogalom, amelynek az alapját a közös jelentések történetileg kialakult rendszere képezi. Különböző szociális mezőt teremt a művészet, a vallás, a tudomány és ezek a szociális mezők az adott terepen dolgozó munkaközösségek számára sajátos niche-eket, mikrokozmoszokat teremtenek, amelyek azonban autonómiájuk tekintetében korlátozottak, miután a tágabb szociokulturális térben integráltak. Ez a tágabb szociális mező a hatalmi viszonyok, és folytonos érték-, és érdekküzdelmek terepe, ahol meghatározó szerepet játszanak a felek gazdasági, kulturális, szociális és szimbolikus erőforrásai, tőkái (capital). Bár ezek az erőforrások eltérő jellegűek, de kapcsolódnak egymáshoz és konvertálhatóak is.

Gazdasági erő kell a speciális képzésekhez, a magánpraxis elindításához, míg a kulturális tőkét a személyes motiváltságot is biztosító család, illetve az elitiskolák, a szociális hálózatok nyújtják. A kulturális tőke formálja a habitust is, és a kulturális tőke fontos forrása a szociális státusznak is. A kulturális tőke objektív formáját képezik a könyvek, technológiák és a kulturális tőke intézményesült része ellenőrzi a tudást, kompetenciát, irányultságot az akadémiai kvalifikáció, jogosítványok, és szankcionálás keretében. A szociális tőke a személy szociális (családi, ismeretségi, politikai, stb.) kapcsolatrendszerét is magában foglalja, amely révén az egyén anyagi és szellemi erőforrásokhoz, információhoz juthat. Címek, rangok, hálózati tagságok és előjogok is e tőkekészlethez tartoznak. A szimbolikus tőke az elismertséget méri, és díjakban, közfigyelemben, szakmai elfogadottságban ölt testet, és tükrözi az adott mező versenytársainak értékelését is. A szociális mezőben a gazdasági, szociális és kulturális tőke konvertálódik siker esetén szimbolikus tőkévé.

A pszichoszomatika intézményesülésében, aktuális pozíciójának megítélésében és a gyógyító habitus részévé válásában a fenti, a szociokulturális mezők, habitusformáló erőforrások (kulturális tőke) és az egyéni habitusok

kölcsönhatásának nagy szerepe van. Mindez a pszichoszomatikus betegségek megelőzésében és gyógyításában, sőt a gyógyítót jellemző beállítottság, adottságok, készségek és motivációk tekintetében is meghatározó szociokulturális tényezőnek tekinthető.

A fentiek alapján megállapíthatjuk, hogy a pszichoszomatikus diskurzus a felsőoktatásban jelen van, ilyen értelemben a gyógyítás legitim része, a hivatalos diskurzus eleme. Az egészségpolitika és az egészséggazdaság számol vele a munkahelyi stressz okozta gazdasági veszteségek tekintetében, ami a munkahelyi stresszmenedzsment szintjén gyakorlati feladatokat ró erre a területre. Mindezek ellenére az uralkodó egészségügyi rendszerben az alapkutatások eredményei ellenére sem tekinthető széleskörűen intézményesült klinikai diskurzusnak, jöllehet a pszichoszomatikus egészség-, és betegségekép a későmodernitásra jellemző közgondolkodás és az egészségtudatos habitus része.

### 3. A pszichoszomatika nevei és alakváltása

A pszichoszomatika legalább annyira tekinthető a szenvedő embert illető filozófiai állásfoglalásnak, sőt doktrinális alapú kanonizált diskurzusnak, vagy épp sajátos kozmológiai jellemzőkkel bíró emberképnek, mint szűkebb-tágabb klinikai szakterületnek. Nehézségei pontosan sajátos epizsteméjéből, emberképéből és rejtett alapfeltevéseiből adódnak.

A pszichoszomatika alapfeltevései évezredek, de a modern európai orvoslás, az alapkutatások és a klinikum történetében is beágyazottak, ahogy azt az 1. táblázatban is láthatjuk.

1. táblázat: A pszichoszomatikus felismerések története

| Évszám | Szerző(k)  | Paradigmatikus felismerések, kutatási eredmények  |
|--------|------------|---|
| 1818   | Heinroth   | A pszichoszomatika elnevezés.   |
| 1843   | Le Cabanis | „A testi és a szellemi közötti kapcsolatok”.  |
| 1880   | Fabre      | „Egy idegrendszeri zavar szervi elváltozást okozhat, egy szerv kóros működése mindig visszahat az idegrendszerre”.  |
| 1886   | Bernheim   | A hipnotikus szuggeszció testi megjelenését ideoszenzoros és ideomotoros reflexek létével magyarázza.   |
| 1889   | Janet      | A tudatos és a tudattalan közötti block, disszociáció, illetve reverzibilis amnézia következménye számos pszichopatológiai jelenség, amelyet hipnózissal kezelhetünk. |



| Évszám        | Szerző(k)                         | Paradigmatikus felismerések, kutatási eredmények  |
|---------------|-----------------------------------|---|
| 1892          | Féré                              | „Az emóciók kórtana” – az érzelmek hatására megjelenő szervi tünetek hasonlóak azokhoz, amelyeket fizikális tényezők okoznak.   |
| 1896          | Freud                             | A pszichoanalízis a dinamikus pszichiátria elméletével egy rejtetten biológiai alapozású, és informatikai alapzatú pszichiátriai rendszer alapjait rakja le (a szimbolikus szervbeszéd, a vegetatív neurózis fogalmai).             |
| 1905          | Pavlov                            | Pavlov századeleji kísérletei a kondicionált reflexek vizsgálati paradigmájával a neurobiológiai tanuláselmélet kereteit teremti meg. Később a nervizmus keretében a pavlovi rendszer nagy befolyást gyakorol a belgyógyászatra is. |
| 1909          | Eppinger és Hess                  | A szimpatikotónia és a vagotónia leírása.   |
| 1928          | Heileg és Hoff                    | A stressz és a fertőző betegségek gyakorisága között kapcsolat van.   |
| 1926,<br>1935 | Metalnikov és Chorin; Speranszkij | Metalnikov, és Chorin (1926), Szperanszkij (1935) A kondicionált semleges inger később önmagában is gyulladáshoz vezet provokál.  |
| 1932          | Cannon                            | A szimpatikus és paraszimpatikus idegrendszer aktivitásmintázatait az adaptációt modellező viselkedés foglalatba helyezi („fight or flight” reakció versus „tend and mend”).  |
| 1932          | Erickson M.H.                     | A traumatikus amnéziák, és a pszichoszomatikus tünetek pszicho-neuro-fiziológiai disszociációk, amelyet „belső reszintézis” révén lehet a hipnoterápia segítségével rendezni.   |
| 1935          | Breur                             | A TBC relapszusok és az életesemények közötti összefüggés   |
| 1936          | Selye                             | A stresszel kapcsolódó pszichoszomatikus problémák mechanizmusaként a hypothalamus-hypophysis-mellékvesetengely információs hormonpályáját jelöli meg.  |
| 1936          | Bergmann                          | A funkcionális belgyógyászati betegségek kórtana.   |
| 1937          | Hetényi                           | Vegetatív belgyógyászati betegségek.  |
| 1937          | Papez                             | A mentális tapasztalatot az érzelmek pszichofiziológiai mintázatává a limbikus-hypothalamikus rendszer alakítja át.   |
| 1940          | Scharrer                          | A központi idegrendszer a hypothalamuson keresztül ellenőrzi az endokrin rendszer hormontermelését.   |

| Évszám     | Szerző(k)               | Paradigmatikus felismerések, kutatási eredmények   |
|------------|-------------------------|--|
| 1942       | Bykow                   | Kortikoviszcerális patológia.  |
| 1943       | Dunbar                  | A személyiség és a pszichoszomatikus betegség közötti kapcsolat.   |
| 1955       | Charvát                 | A neuro-humorális integráció rendszermodellje.   |
| 1955       | LeShan                  | A daganatos betegek élettörténeti, és személyiségvizsgálata alapján fedez fel egy sajátos daganatkockázati személyiségmintázatot.    |
| 1957       | Bálint                  | Az orvos–beteg kapcsolat, és kommunikáció, mint a gyógyítás tényezője. Bálint csoportok  |
| 1960-1990  | Mason; Volkman; Lazarus | Pszichés stressz, specifikus válaszok. Pszichológiai stressz-elmélet.  |
| 1971       | Fischer                 | Az állapothoz kötött emlékezet és magatartás, mint a megváltozott tudatállapot, a disszociatív jelenségek pszichofiziológiai alapja. |
| 1974       | Ader                    | Az immunkondicionálás jelenségének újrafelfedezése. A pszichoimmunológia fogalmának bevezetése.                                      |
| 1972, 1977 | Weiner                  | A pszichoszomatikus problémák, mint a limbikus-hypothalamikus-hypophyseális rendszer közötti információátvitel zavarai.              |
| 1983       | Benson                  | A yoga, a meditáció relaxációs pszichoszomatikus gyógyító hatása, hypothalamikus szinten integrált válasz.                           |
| 1985       | Besedovsky              | Immunológiai-neuroendokrin szabályozási körök.   |
| 1984–1994  | Caccioppo               | A szociális idegtudományok kialakulása.  |
| 1994       | McEwen                  | Stressz és allostázis.   |
| 1996       | Meaney                  | A korai traumák stresszélettani következményei.  |
| 2001       | Pacak                   | A stresszor specifitás: epigenetikai hatások vizsgálata.   |

A pszichoszomatikus orvoslás, bár több „filozófiai” szakaszát is megkülönböztethetjük, egyáltalán nem avulékony, ellenkezőleg a szociális idegtudományok, a klinikai pszichofiziológia új eredményei, illetve az új népegészségügy szellemében végzett kutatások erősítik meg érvényét.

A mentális zavarok (depresszió, krónikus stressz) *független kockázati szerepét* a testi betegségek, az ISZB, az autoimmun, allergiás és daganatos kórképek lezajlásának dinamikájában a bizonyíték alapú alapkutatási eredmények (pszichoneuroimmunológia, pszichokardiológia), illetve epidemiológiai elemzések igazolták.

A pszichoszomatikus klinikai diskurzus intézményesülése a biomedicina technikai, elméleti és gyakorlati fejlődésének frontországáiban is nagy múltú, azonban uralkodó, főáramú klinikai irányzatnak nem tekinthető. A diskurzuselmélet foucaultianus megközelítése követhetővé teszi a közölt gondolat intézményesülésének, és hatalmi dinamikájának útját, azt az utat, ahogy a szöveg a szociokulturális értelmezés és processzálás folyamatában előbb egyeztetett eszmévé, jelentéshálóvá és szemléletté válik. Kialakulnak a diskurzus tudományos egyesületei, folyóiratai, majd befogadja a főáramú akadémiai, tudáshatalmi intézmény, így oktatót és végül a mindennapi életet átjáró gyakorlattá válik. Ez az utolsó szakasz képezi írásunk fókuszát. Mi akadályozza a klinikai pszichoszomatika elterjedését?

Foucault (1998) szerint a jelentés és a jelentésadás egyaránt a diskurzusban konstruálódó gyakorlat, így a gyógyításra is igaz, hogy diszkurzív társadalmi cselekvés, amely az adott orvosi szemlélet differenciált jelentésvilágát hordozza. Ilyen értelemben a pszichoszomatikus medicina helyzete már korántsem olyan kedvező. A pszichoszomatikus gondolkodásmód intézményesülésének áttekintése feltárja ezt a diskurzusdinamikát.

#### 4. Pszichoszomatika az USA-ban

Az Amerikai Pszichoszomatikus Társaságot 75 éve, 1942-ben alapította meg Helen Flanders Dunbar, és az alapítók között találjuk Walter B. Cannont, Eric Lindemannt és Harold G. Wolfot is, akik a testi betegségek szociális és pszichobiológiai kutatásának úttörői. A pszichoszomatikus orvoslásnak kezdettől részét képezte a pszichobiológiai látásmód, és a holisztikus szemlélet, és a behaviorista hagyomány is a freudianus gondolatiság mellett. A hetvenes évek vége felé szemléleti váltás történik, és az engeli bio-pszichoszociális szemléletet követő magatartásorvoslás, illetve a klinikai gyakorlatban a Lipowsky-féle (1974) ún. konzultáns-liaison pszichiátria válik meghatározó irányzattá, amely a biológiai, pszichológiai és szociális jelenségeket integráló szemléletet alkalmazza a kórházi konziliárius pszichiátriai gyakorlatban. Ezek a változások a bizonyítékalapú kutatás révén a pszichoszomatikát a főáramú medicina részévé tették, ami a klinikai pszichofiziológiai gondolkodásban és az új népegészségügy szemléletében is létjogot nyert, és a holisztikus szemlélet iránti gyanakvást is csökkentette (Smith, 1993). Ezt a diskurzusdinamikát markánsan fémjelzi, hogy 2017-ben a mintegy 1500 tagot számláló Academy of Psychosomatic Medicine (APM) nevét megváltoztatta, és az Academy of Consultation-Liaison Psychiatry (ACLCP) nevet vette fel és 2017 őszén a szakmai terület, mint szubspecialitás nevét is a pszichoszomatikus medicináról Consultation-Liaison Psychiatry címre cserélték az ABMS szakmai regiszterében (American Board of Medical Specialties). Mindez mutatja, hogy a pszichoszomatikus szemlélet a szoma-

tikus szakterületek és a pszichiátria érintkezési területén, a kórházi klinikai gyakorlatban a konzultáns-liaison pszichiátria keretében erősödött meg. A befogadó diskurzus a főáramú pszichiátria, amely ebben a helyzetben *adoptálja* a sajátos, részben eltérő gyökerű és illetőségi körű pszichoszomatikát. Tekintettel arra, hogy a szomatikus tünetekre panaszkodó pszichoszomatikus beteg többnyire idegenkedik attól, hogy panaszait pszichés eredetűnek minősítsék, a konzultáns-liaison helyzet ezt a csapdát képes áthidalni, mert a konzíliumot a mentális vagy pszichoszomatikus zavart észlelő szomatikus ellátást végző kolléga *külső* szakértőtől kéri. Mindez komoly együttműködést, pszichoszomatikusan informált szakmai szervezeti kultúrát igényel, és a további megajánlott kezelések számára valójában kompetens pszichoszomatikus terápiás ellátási feltételeket.

## 5. A japán pszichoszomatika helyzete

A tengerentúli pszichoszomatika másik példája e terület japán fejlődése. A Japán Pszichoszomatikus Társaság megalapítása 1959-re tehető, és az első Pszichoszomatikus Belgyógyászati osztályt a Kyushu Egyetemen 1963-ban hozták létre. 2016 márciusában a Japán Pszichoszomatikus Társaság 3,300 tagot számlált, amelynek 71,6%-a orvosok (belgyógyászok, általános orvosok, pszichiáterek, gyermekorvosok, szülészek-nőgyógyászok, fogászok, bőrgyógyászok) köréből került ki. De a pszichoszomatikus szemléletű belgyógyászok külön társaságot is alakítottak 1200 taggal (Japán Belgyógyászati Pszichoszomatika Társasága). 2009-re már öt szakterületi pszichoszomatikus társaság tartott közös konferenciát (Japán Pszichoszomatikus Orvosi Társaság, Pszichoszomatikus Nőgyógyász és Szülész Társaság, Pszichoszomatikus Gyermekegyógyászok Társasága, Pszichoszomatikus Fogorvosok Társasága és a Pszichoszomatikus Belgyógyász Társaság). Ugyanakkor az érdeklődőnek itt is szembesülnie kell a ténnyel, hogy a 81 japán orvosegyetem közül csak nyolc esetében találunk független pszichoszomatikus osztályt, ellátó egységet (Murakami & Nakai, 2017).

## 6. Pszichoszomatika Európában

Az európai pszichoszomatikus tudományos élet is hasonló múltra tekinthet vissza. Már az ötvenes években nemzeteken átívelő diskurzusgyakorlat zajlik az ún. „European Conferences on Psychosomatic Research” keretében, amely kapcsán számos kutató érdemelheti ki figyelmünket (J. Groen, /Amsterdam/, D. Leigh, /London/ G. S. Philipopoulos, /Athén/, F. Antonelli /Róma/, L. Levi, /Stockholm/). A diskurzuscsoport több folyó-

iratot is útnak indított, mint a "Psychotherapy and Psychosomatics" (1953) és a "Journal of Psychosomatic Research" (1957). A fenti konferenciasorozatnak 25. jubileumi rendezvényén 2004-ben, Berlinben jött létre 21 ország küldöttei révén az ún. ENPM (European Network on Psychosomatic Medicine) kezdeményezés. Folyományának tekinthető a kardiovaszkuláris betegségek pszichoszociális szekunder prevenciójának programja / "Task Force for European Guidelines in prevention of cardiovascular disease" / kardiológus, lipidológus, diabétesz, hipertónia, magatartásorvoslás és családorvosi szakmai társaságok közös részvételével.

A kidolgozott szabályok, ajánlások és protokoll tehát már a pszichoszomatikus szemlélet és a szakterületi irányok integrálására törekednek. E folyamat keretében fontos és külön említendő a Lengyel Pszichoszomatikus Társaság és Pszichoszomatikus Intézet kezdeményezése is, amely keretében a lengyel Munkaügyi és Szociális Minisztériummal együtt dolgozott ki képzést 600 szociális munkás számára a korai pszichoszomatikus betegségfelismerés elősegítése körében.

## 7. Pszichoszomatika Németországban

A pszichoszomatikus diskurzus legintézményesebb formáját a német egészségügyben nyerte el. Ehhez hozzájárult az is, hogy a Franz Alexander által képviselt analitikus, pszichodinamikus irányzat mellett az ún. *integratív pszichoszomatikus irányzat* is fontos német pszichoszomatikus tradíciónak tekinthető, amelyet a belgyógyászatban Thure von Uexküll és a neurológiában Viktor von Weizsäcker képviselt. Az integratív szemlélet e szemléletkörben az elme, a test és a környezet „humán ökológiai” egységében nyert értelmet. Ennek az iskolának külön társasága jött létre, a Német Pszichoszomatikus Orvosi Kollégium, amelyet maga Thure von Uexküll és munkatársai alapítottak 1974-ben, és ma 450 tagot számlál. Jóval népesebb az 1992-ben az önálló szakorvosi cím bevezetése kapcsán alapított Pszichoszomatikus Orvoslás és Orvosi Pszichoterápia Német Társasága a maga 1300 tagjával (Zipfel, Herzog, Kruse, & Henningsen, 2016).

A német pszichoszomatika eltér a pszichiátria sajátos területeként értelmezett konzultáns-liaison pszichoszomatikus irányzattól is. A pszichoszomatikus orvoslást 1970-ben kötelező tárgyként vezették be 37 orvosegyetemen, és 26 egyetemi kórházban pszichoszomatikus osztályt alapítottak sajátos betegségprofilal, diagnosztikai és kezelési technikákkal. Az első két évtizedben főként pszichoterapeuta klinikusok és elméleti szakemberek vezették ezeket az osztályokat. 1986-ban a Német Tudományos és Bölcsészettudományi Tanács a pszichoszomatikus tudományos kutatásnak nyitott ösztönzött utat. Ebben az időszakban számos specializált és az adott psi-

choszomatikus kórképre szabott rövid terápia kialakítására került sor a kutatások alapján. Ilyenre példa az ANTOP study (Wild B. és mtsai, 2009) anorexia nervosában, a SPIRR-CAD study a depressziós ISZB betegek körében (Herrmann-Lingen és mtsai, 2016), illetve a PISO study a szomatiform kórképekben (Sattel és mtsai, 2012) vagy a DAD study diabéteszben (Petraik és mtsai, 2007). A kognitív viselkedésterápiás és neuropszichológiai kezelések is gyors fejlődésnek indultak a pszichoonkológia és más pszichoszomatikus kórképcsoport kezelésében. 1993-ban a Német Orvosszövetség a pszichoszomatikus orvoslás és a pszichoterápia három lépcsős szakképzési rendszerét fogadta el. A pszichoszomatikus alapellátás (Psychosomatische Grundversorgung), 80 órás elméleti és klinikai képzést, kommunikációs tréninget foglal magába, melyben minden klinikai szakterületről fogadnak gyakorló orvosokat. A pszichoszomatikus alapképzés egyben kötelező feltétele a háziorvosi és a nőgyógyászati szakvizsgának. A mai napig 35 000 háziorvos és 12 000 nőgyógyász részesült ilyen képzésben (Zipfel és mtsai, 2016).

Szakorvosok számára biztosított a posztgraduális ún. szakmaspecifikus, a saját szakmán belüli teljes értékű pszichoterápia-képzés, amelyben közel 18 000 szakorvos szerzett pszichoterápiás végzettséget. A képzésnek része a 120 órás pszichoterápiás szupervízió, 120 óra elmélet, és terápiás képzés.

Azonban a diskurzusfejlődés tekintetében legjelentősebb a pszichoszomatikus szakvizsga létrehozása, amelynek része egy-egy esztendő belgyógyászat és pszichiátriai gyakorlat, tovább 1 500 óra szupervízió mellett végzett pszichoterápia, 240 óra elméleti képzés és egyén és csoport keretekben végzett pszichoterápia. A hangsúly a mentális, pszichoszomatikus, szomatopszichikus és stressz kórképek ellátásán van. A *pszichoszomatika és pszichoterápia szakorvosi* cím alapításával (1993) a Német Orvosszövetségtől a pszichoszomatika teljes jogú önállóságot kapott és levált a pszichiátriáról. Ezt a pszichiátria szakma kezdetben nem akarta elfogadni és megpróbálta a régi helyzetet visszaállítani, amit a Német Orvosszövetség szavazással elvetett.

Ötezer pszichoszomatikus és pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező szakorvost tartanak számon. A szakmaspecifikus pszichoterápia és a teljes pszichoszomatika szakvizsga esetében a pszichoterápiás rész csak mélylélektani vagy viselkedésterápia alapú lehet (így történik a képzés és így fizet csak a biztosító). Az ambuláns ellátásban 3 058 pszichoszomatikus szakember dolgozik, míg 10 269 szakorvos rendelkezik pszichoterapeuta címmel, és összességében a 21 312 szomatikus háttérű orvosi specialista rendelkezik pszichoterapeuta címmel. 120 osztályos pszichoszomatikus intézmény működik Németországban, összesen kb. 20 000 ágygal.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Statistik-Portal: *Anzahl vertragsärztlicher Psychotherapeuten in Deutschland nach Bundesland im Jahr 2014*. Statistik-Portal gbndndIS-D, 2014.

Ezek nagyságrenddel nagyobb számok, mint a korábban említett amerikai és japán példákban. Hasonlóképpen az intézményes ellátás is igen fejlett, és a regionális központi kórházakban területi ellátást végző pszichoszomatikus osztályok végzik a betegellátást. Bár a kórházi ágyak száma korlátozott (9–36 ágy), de az egységek konzultáns-liaison pszichoszomatikus ellátást is biztosítanak. Nagyobb ellátási kapacitással rendelkeznek az egyetemi, oktató kórházak (20–70 ágy), amely osztályokon a gyógyítás mellett kutatás és oktatás is zajlik. Említésre méltó, hogy a pszichiátriai osztályokon is találunk pszichoszomatikus részleget, másrésztől gyakran találunk konzultáns-liaison pszichoszomatikus szolgálatot pszichoszomatikus háttér-osztály nélkül is.

## 8. Idegtudományi alapkutatások

A pszichoszomatikus kutatás része a főáramú élettudományi kutatásoknak. Fontos részét képezik az állatkísérletes vizsgálatok, a viselkedéses élettani kutatások, a neurokognitív, vagy képalkotó idegi vizsgálatok, a szociális idegtudomány alapkutatásai, a pszichoneuro-immunológia eredményei, a klinikai pszichofiziológia alapkutatásai és a stresszkutatások. Szinte filozófikus keretet kínáltak az ún. „testesült (embodied) Szelf” rendellenességeit értelmező, idegélettanászokat, pszichológusokat, elmegyógyászokat és filozófusokat egybefogó európai tudományos programok, a DISCOS és a TESIS projektek.

De a pszichoszomatikus szemléleti körbe sorolható számos más tudományos érdeklődési kör, illetve társasággá, folyóirattá formálódott orvosi, pszichológiai diskurzus is, mint a szociális epigenomikai, viselkedés-epidemiológiai, egészséglélektani, magatartástudományi területek képviselői, fórumai, és ide sorolhatók a speciális érdekű szakmai részterületek is. A klinikai pszichofiziológia, a stresszmedicina, a „mind-body healing” címszava is valójában a pszichoszomatikus orvosi megközelítésmód névváltozatainak tekinthetők.

A diskurzus diverzitását jellemzi azonban az is, hogy a pszichoszomatikában érintett társaságok szétagoltak, így az ENPM, és az EAPM, az ICPM, az ISBM és a CEESBM, az ICPM, az ACPM, vagy az APS, mind-mind külön szakmai életet élő társaságok.

## 9. A pszichoszomatika hazai helyzete

A magyar kutatók hozzájárulása a pszichoszomatika fejlődéséhez megkérdőjelezhetetlen jelentőségű. Ilyen alappillérek a pszichoszomatikus gyökerű testi tünetek pszichoterápiás ellátásában a rövid dinamikus pszichoterápia

Ferenczi Sándorhoz kapcsolódó fordulata vagy az Alexander Ferenc nevéhez köthető „belgyógyászati” pszichoszomatika, amelynek intuitív érvényét a század végén kiteljesedő pszichoneuroimmunológiai kutatások igazolták. Selye János stresszelmélete hasonlóképpen paradigmaticus keretet kínál a pszichoszomatika élettani alapjaként. A pszichoszomatikus klinikai gyakorlat elengedhetetlen része a Bálint Mihály nevéhez fűződő Bálint-csoportok működése is. De a belgyógyászati pszichoszomatika részének tekinthető Hetényi Géza munkássága is. A pszichoszomatikus vonatkozású viselkedés-epidemiológiai kutatásokban a budapesti születésű és délvidéki származású Grossarth-Maticsek munkássága, vagy Kopp Mária és az általa vezetett Hungarostudy kutatássorozat is az úttörő vizsgálatok között említhetők.

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete körében működő, Schnell Endre vezetése alatt álló Bálint-műhely erőteljesen pszichoszomatikus irányultságú volt és Császár Gyula több alapvető pszichoszomatikus munka szerzőjeként pszichoszomatikus szemléletű belgyógyászati osztályt vezetett. Említésre méltó a Semmelweis Egyetem pszichiátriai klinikáján a pszichoszomatikus betegségekről a hetvenes években összeállított egyetemi jegyzet is, amely szakterületének számos tekintélyét szerepeltette, mint Hoffman Arthúr, Tringer László, Prónay Gábor, Levendel László, Gáldi Zoltán, Kiss Gyula, Juhász Pál, Moussong-Kovács Erzsébet, Hermann Erzsébet, Aszódi István, Veér István és a kötet szerkesztője Király Piroska. Klinikai osztályok vezetői, országos intézmények igazgatói, iskolaalapítók jelzik, hogy az egyetemi, szakmai figyelem, és az ilyen irányban érzékeny klinikai szubkultúrák sem feledkeztek meg a pszichoszomatika kérdésköréről.

De ugyanilyen erővel jelentkezett az egyetemi hallgatók érdeklődése, amire jó példa az 1981 és 1987 között működő Pápai Páriz Pszichoszomatikus Medikus Kollégium, amely alternatív csoportként komoly szerepet játszott a Semmelweis Egyetem szakkollégiumának létrehozásában, és a kollégium kezdeti éveiben ezt a szemléletet képviselte. A kollégium tanár és diák résztvevői közül számosan vettek részt később a Magatartástudományi Intézet munkájában (Prof. Dr. Molnár Péter, Buda Béla, Kolozsi Béla, Molnár László, Lázár Imre), míg a diákok közül Mucsi István, Endresz György, Vizi János, Novák Márta. A hajdani Pápai Páriz Pszichoszomatikus Kollégium köréből többen később nemzetközi pszichoszomatikus társaságokban vállaltak vezetői szerepet.

A Semmelweis Egyetem, az OTKI és az OPNI által indított három éves pszichoterápiás képzés már valódi fölzárkózást jelentett a német és osztrák szakmai fejlődéshez, és ezres nagyságrendben tette lehetővé a szomatikus területen dolgozó orvosok számára a pszichoterapeuta kompetencia és cím megszerzését. A pszichoszomatikus szemlélet a hazai orvosegyetemeken



létrehozott Magatartástudományi Intézetek létrejöttével a kilencvenes évek derekán valódi áttörést ért el, így lényegében az orvosi kommunikáció, a pszichoszomatika/magatartásorvoslás, pszichoterápiás képzések révén közel százhusz órás graduális pszichoszomatika képzésben részesülhetnek az érdeklődő hallgatók e kötelező, illetve szabadon választható tárgyak révén. A posztgraduálisan elvégezhető, vagy módszerspecifikus képzések révén fejleszthető pszichoterápiás kompetenciák szintén csökkenthetik diskurzushátrányunkat.

A szakmai diskurzus méltóságát jelzi, hogy a pszichoszomatika és a pszichofiziológiai gondolkodásmód szellemiségét a Magatartástudományi Intézetekben olyan iskolateremtő professzorok képviselték és képviselik mind a négy egyetemen, mint Kopp Mária, Molnár Péter, Buda Béla, Kállai János, Túry Ferenc, Barabás Katalin és a Magyar Pszichiátriai Társaság elnökének többször választottak pszichoszomatikus részleget vezető pszichiátert Túry Ferenc, Lehóczky Pál és Purebl György személyében.

A pszichoszomatikus szakvizsga azonban a jövő lehetősége maradt, pedig a pszichoszomatika gyakorlati, klinikai áttöréséhez a pszichoszomatikus szakvizsga is elengedhetetlen. Mindez e sok névvel jelölt (magatartásorvoslás, pszichoszomatika, pszichoneuroimmunológia, stressz-medicina, klinikai pszichofiziológia) és nem kis mértékben divergens tudás kanonizációjával történhet meg. Noha a graduális egyetemi képzés kiterjedt magatartástudományi, pszichoszomatikus képzést biztosít a kötelező és szabadon választható tárgyak révén, és a Mentális egészségtudományi doktori iskola keretében folytatott posztgraduális képzés is biztosított, ma az ilyen érdeklődésű hallgatók csak a pszichiátriai terület felé tájékozódhatnak a klinikumban. Hiába készültek el a protokoll javaslatok a pszichoszomatikus kórképek ellátásához, a pszichoszomatikus kórképek széleskörű kezeléséhez (Lázár, 1998, 2005) ambuláns belgyógyászati pszichoszomatikus ellátás tapasztalatai alapján, az ellátás „niche-i” nem nyíltak meg. Bár a pszichoszomatikus jelenségekkel átszőtt, gyakran pszichoimmunológiai kórtani háttérrel is színezett kórképek ellátására szolgáló klinikai területek kiterjedt szakrendelői ellátási hálózattal rendelkeznek (bőrgyógyászat, gasztroenterológia, reumatológia, onkológia, tüdőgondozói hálózat), a klinikai gyakorlatban a pszichoszomatikus szemlélet legfeljebb rejtve jelenhet meg, és szakmai segítséget kínáló szakpszichológusokat is ritkán alkalmaznak.

## 10. Akadályok, csapdák és értelmezési gátak

A pszichoszomatikus betegek a szomatikus ellátás útvonalain közlekednek tüneteikkel panaszértelmezésük miatt. Ha már szomatikus osztályon kezelik őket, panaszaik testi eredetéhez, azaz személyes magyarázó modelljük-

höz erősen ragaszkodnak. A tünetek pszichés minősítését gyakran sértőnek tekintik. Ezért a pszichoszomatikus ellátás erőteljes mértékben a beteg választásának függvénye. Amennyiben az alap-, és a szakellátási rendszer nem kínál ilyen profilú terápiás választási lehetőséget, a beteg sem hoz ilyen döntést. A pszichés eredetű testi panaszok miatt kevesen fordulnak a pszichiátriai ellátók felé, ebben akadályozó tényező a stigmatizáció miatti félelem is. Mindebből következik, hogy az intézményesült diskurzus belső strukturális jellemzői akadályozzák egy kiterjedt betegcsoport megfelelő ellátását. Mivel az általános orvosi gyakorlatban a betegeknek mintegy harmada szenved pszichiátriai vonatkozású tünetektől, és az alapellátást igénybevevő betegek körében 23%-nál észlelhető depresszió, 22% szorongásos, és 20% szomatizációs tüneteket mutat (Katon és mtsai, 1992; Von Korf és mtsai, 1992). Az alapellátást végző orvosok számára is fontos lehet egy pszichoszomatikus licenc vizsga jellegű kiegészítő képzés.

Katon és munkatársai (2010) azt is bizonyították, hogy a magatartásorvoslást, pszichoszomatikus szemléletet az alapellátás szomatikus gyakorlatával integráló ún. TEAM-care program révén alacsonyabb HbA1c-t, vérnyomást és szérum koleszterin értéket igazoltak az átlagos ellátásban részesült kontrollcsoporttal szemben. A magatartásorvoslási szemléletű betegvezetés és kezelés számos krónikus betegségben javítja a compliance-et, és optimalizálja a gyógyszerelést, csökkentve annak anyagi terheit.

A pszichoszomatikus betegek a szomatikus ellátás költségeit is növelik, mert a funkcionális stádiumú, vagy egyéb „nem organikus” pszichoszomatizáló betegek ágyfoglaló terhelése, a költségigényes szükségtelen „bizonyíték-kergető” defenzív orvosi gyakorlat energiát, időt és helyet von el a főként szomatikus ellátást igénylő betegektől.

A pszichoszomatikus ellátás többnyire klinikai „elitintézményekhez” kapcsolódik, nem része az általános közkórházi gyakorlatnak. Működhet az egyetemi oktatási intézmény részeként (pl. Magatartástudomány Intézet pszichoszomatikus ambulanciájaként) vagy esetleg az adott egyetem Pszichiátriai Klinikájának részlegeként, de ez nem ró kötelezettséget a területi ellátókra. Így esetleges, hogy adott közkórházi környezetben az osztályvezető főorvos létesít-e ilyen részleget vagy nem. Azonban a pszichoszomatikus részleg, ambulancia vagy szakrendelői egység képtelen saját szaktevékenységén alapuló független gazdálkodásra, mert a pszichoterápiás tevékenység egészségbiztosítási támogatása a magánorvosi terápiás díjak, „piaci árak” tizedének-husadának felelnek meg.

A pszichoszomatikus ellátás finanszírozásának másik akadály, hogy a profilhatárok miatt a pszichoterápiás ellátás és a speciális szomatikus (belgyógyászati, bőrgyógyászati) szaktevékenységek együtt nem számolhatók el, azaz egy rendelés *vagy* belgyógyászati *vagy* pszichoterápiás profilú.

Mindez az intézményesült diskurzus mélyén fellépő strukturális kényszerekre utal.

Amennyiben a főáramú orvostudományi diskurzus részeként a klinikai gyakorlat is befogadná a pszichoszomatikát a szakvizsga, szakellátás lehetőségét szavatolva, és ilyen szakellátási részlegeket, színteret létrehozva, akkor a terület intézményi, gazdasági „emancipációja” is biztosított lenne. Az ún. DAK/AHG tanulmány 2004-ben Németországban mérlegre tette a költséges hotelszolgálattal is terhelt, hosszadalmas intézeti pszichoszomatikus kezelés költség/nyereség tükrét három pszichoszomatikus profilú kórházi osztályon 1999 január és 2000 február között kezelt 338 pszichoszomatikus betegségben szenvedő biztosított esetében (Zielke és mtsai, 2004). A hosszas (átlag 54 napos) kezelésben részesült személyek biztosítási költségeit a megelőző és a kezelést követő két év költségadatainak tekintetében vetették össze. A megelőző időszakot jellemző, személyenként átlagosan számolható ambuláns és intézeti kezelési költségek, a betegállomány, és a gyógyszerköltségek a kezelés után megfeleződtek, 12 700 euróról 6 700 euróra csökkentek, míg az alkalmazottat érő jövedelemkiesés 27 100 euróról 11 400 euróra csökkent. Mivel a pszichoszomatikus intézeti kezelés igen költséges, átlagosan 5 680 euróba került, a fenti adatok jelzik, hogy az általa kiváltott több mint háromszoros egészségügyi költségcsökkenés (21 550 euró) mégis 1:3,79 költség nyereség arányú, gazdaságilag megtérülő terápiás gyakorlatot jelez.

Ha gazdaságilag indokolt lenne a pszichoszomatikus intézeti szakellátás bevezetése, mi akadályozza mégis a pszichoszomatika befogadását? Mi gátja az intézményrendszeren belüli „emancipációnak” annak ellenére, hogy a diszciplína patinás történetet, elismert tudományos publikációs fórumokat, elismert szakmai képviselőket tudhat magáénak és a graduális és posztgraduális orvoscépzésben immár negyedszázada elismert, szilárd helyet vívott ki magának. Mi az akadálya a diskurzusépítés, az intézményesülés következő fokozatát jelentő lépésnek, amely Németországban már negyedszázada megtörtént, ahol a kilencvenes évek elején megszilárdult a pszichoszomatikus ellátási intézményrendszer, és a pszichoszomatikus szakvizsga intézménye.

Az egyik akadály a bioredukcionista szemléletből táplálkozhat (Helman, 2003), amely jellemzi a klinikai közgondolkodást, és amelyet tovább mélyít az összetettebb pszichofiziológiai mechanizmusokat nem implikáló, gyakran bizonyos gyógyszertermékek klinikai kutatási eredményei által uralt „evidence based” tanulmányok alapján készült protokollok tekintélye.

A jelen munkában a kánon és a diskurzus egyeneműségének igénye, igazságtételezése miatt a biomedikális és a pszichoszomatikus magyarázó modellek, episztémák közötti különbség fontos lehet, amelyet a 2. táblázatban vizsgálunk. Így a kánon tartalma, a diskurzus jellege, az intézményesülés

érték-, és érdekalapú konfliktusai és az egészséggazdasági megfontolások sokszintű ellentmondásrendszerként tárják elénk. Már az eltérő gondolkodásmódok tipológiája is szemléleti egyeztetést igényel.

2. táblázat. A biomedicina és a pszichoszomatika szemléleti tipológiája

| <b>Biomedicina</b>                       | <b>Pszichoszomatika</b>                          | <b>Narratív medicina</b>                                   |
|--|--|--|
| modern                                   | modern   | posztmodern  |
| bioredukcionizmus                        | holizmus   | holizmus   |
| analitikus                               | szintetikus                                      | kontextusközi  |
| fölfelé irányuló okság                   | lefelé irányuló okság                            | körkörös okság   |
| lineáris logika                          | körkörös logika                                  | sorslogika   |
| univerzalista                            | személyalapú egyediség                           | személyalapú egyediség                                     |
| random, sokaság alapú                    | esetközpontú                                     | esetközpontú   |
| diagnosztikus, megítélő                  | elfogadó   | megfigyelő-résztevő  |
| jelértelmező (szemiotikus)               | jelentésértelmező (szemantikus)                  | jelentésértelmező (szemantikus)                            |
| az igazság naturális, objektív           | igazság pszichofiziológiai, általános szubjektív | az igazság egyedi személyes konstrukció                    |
| kémiai-fizikai dialógus                  | személyes terápiás találkozás                    | közös történetalkotás                                      |
| biológiai modellezés                     | lélektani modellezés                             | szövegszintű (narratív, textuális) modellezés              |
| funkcionális morfológiai                 | infologikus                                      | folyamat alapú   |
| kodifikált, protokollalapú               | kontextusfüggő,                                  | történetértelmező  |
| racionalista                             | kognitív-emocionális                             | személyes mitikus  |
| személytelen                             | személyes jelentésközpontú                       | személyes jelentésközpontú                                 |
| technokratikus                           | a technokratizmust elkerülő                      | a technokratizmust elkerülő                                |
| bizonyíték alapú, objektivistá filozófia | kommunikáció alapú személyesség filozófiája      | narratíva központú interszjektív szövegértelmező filozófia |
| oksági, normatív                         | pszichobiológiai, szubjektív                     | kreatív, rendező spontaneitás                              |
| direktív                                 | kliens központú elfogadó                         | befogadó, értelmező  |
| hierarchikus                             | szubmisszív                                      | egalitáriánus  |

| <b>Biomedicina</b>             | <b>Pszichoszomatika</b>                            | <b>Narratív medicina</b>   |
|--------------------------------|--|--|
| objektív, távolító             | empatikus  | megfigyelő-résztevő  |
| szintézis                      | dekonstrukció-reorganizáció                        | dekonstrukció-reinterpretáció  |
| a valóságot az elmélet tükrözi | a valóság érzelmileg átélt, szubjektív tapasztalat | a valóság személyes történeté formált, dramaturgiai erejű szubjektív tapasztalat |

Az eltérő fogalmi rendszer, a doktrinális eltérések mellett a gyógyító és a beteg személyes beállítódásában és betegségértelmezésében is meghatározó eltérések mutatkoznak. Azaz a kánon, az intézményesült diskurzus mellett a gyógyító és a beteg habitusa is akadályt képezhet az egyébként tudományosan legitim pszichoszomatikus tudás klinikai gyakorlattá válását illetően.

Bár a pszichoszomatikus betegségképet a kezdetektől olyan értelmezési keretnek tekinthetjük, mely a beteg ember holisztikus megközelítésével hivatott a medicina humanizálására, ami folyamatos szemléleti kihívást jelent a biomedicina redukcionista értelmezési keretével szemben. Ugyanakkor épp a „szuverén” szomatikus betegségképek terén tört át az immár korántsem spekulatív lélektani alapokon értelmezett pszichoszomatika, mint azt a pszicho-kardiológia, a pszicho-onkológia, a pszichodermatológia és a gasztrointesztinális pszichoszomatika bizonyítékalapú adatai is igazolták. Például az idegi növekedési tényezők (NGF) kutatásáért Rita Levi-Montalcini 77 éves korában 1986-ban kapott Nobel-díjat, aki a pszicho-allergológia terén is fontos munkát végzett a központi idegrendszeri mediátorok és a hízósejtek közötti kétirányú befolyáskörök feltárásával. Hosszan idézhetnénk a pszichoviszcerális, illetve pszichoneuroimmunológiai alapkutatások eredményeit, mely nyomán ma már szociális idegtudományokról beszélhetünk, hiszen a föltárt összefüggések a társas-lelki-idegi-zsigeri információs útvonalak kétirányú felderítését a bizonyítékalapú élettudományok alapzatára helyezték.

Ugyanakkor a gyógyítás új értelmezési keretei, mint a fenti tipológiába már belefoglalt narratív medicina, vagy a követéses viselkedépidemiológiai kutatások által feltárt „evidence based” kockázati tényezők miatt fontossá vált életmód medicina, illetve a személyre szabott orvoslás, vagy épp a hálózatelmélet fényében megújult orvosi rendszerszemlélet „network medicina” koncepciója is új elméleti „létfülkéket”, niche-eket teremthet a pszichoszomatikus klinikai gondolkodás számára.

Mindez fontos lehet, hiszen a freudi diskurzus kiüresedése, és a freudizmus mint metanarratíva leváltása a posztmodern korszellem által a pszicho-

szomatika súlyos válságát hozta magával, míg a biopszichoszociális szemlélet és magatartásorvoslás hetvenes évek végi paradigmaváltása a pszichoszomatika valóságos feltámadását eredményezte.

Hasonlóképpen megújító hatást gyakorolt a szociális idegtudomány, a klinikai pszichofiziológia, (pl. a pszichoimmunológia eredményei), de ilyen hatást érzünk a biomedikális kereteken kívül (pl. munkahelyi egészségügy területén) működő stresszmedicina vagy a „mind-body” medicina esetében is.

## 11. A betöltendő niche-ekről – összefoglalás gyanánt

Mindezen fogalmi terek, teoretikus niche-ek egyben valóságos intézményi niche-eket is kijelölnek. Olyan betöltetlen klinikai terek ezek, melyek képzéssel, a pszichoszomatikus szakvizsgálóhoz szükséges kompetenciakör elérhetővé tételével, gyakorlati legitimációjával, a klinikai szakpszichológusok bevonásával, pusztán szervezeti innovációval betölthetők. Mivel az érintett betegpopuláció nem tud panaszainak pszichológiai gyökereiről, sőt éppen e nem tudás képezi sokszor a tünetképződés mechanikáját (elfojtások, komplexusképződés, alexithymia, traumatikus tanulás, stb.), ezért ellátásuk szorosan kötődik az ellátási színtérhez, illetve a betegvezető orvos szomatikus kompetenciájához, ezért fontos lehet a szomatikus szakorvosi kompetencia kiterjesztése pszichoszomatikus irányba (szakvizsga, licenszvizsga). Másrészről a nagy számban képzett, klinikai szakpszichológiai tudással rendelkező pszichológusok bevonása is fontos részét képezi ennek a szervezeti változásnak. Ilyen pszichoszomatikus irányú fejlesztés érintheti az onkológiát, a bőrgyógyászatot, a reumatológiát, a kardiológiai és a gasztroenterológiai szakrendelői hálózatot is.

Külön figyelmet érdemel, egy, az egészségpénztári finanszírozási gyakorlattól független terület a pszichoszomatika reformjának tekintetében. Ez a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok színtere. A pszichoszomatikus irányú megelőző munka és korai betegségfelismerés fontos terepe az üzeme-gészségügy. A globalizáció gazdasági terében fokozódó munkahelyi stressz és a miatta keletkező, az európai tagállamok költségvetésére vetített közel 40 milliárd eurós gazdasági veszteség felismerése az Európai Unió döntéshozóit arra készítette, hogy 2007-től a munkahelyi stressz kezelését tagállami kötelezettséggé tegyék. A preventív stresszmenedzsment az egészségfejlesztés részévé tehető és a szűrési, és más népegészségügyi megelőző gyakorlattal összekapcsolódó egészséglélektani, pszichoszomatikus gyakorlatban a munkavállaló és a munkaadó egyaránt érdekeltté válhat. A hajdani munkalélektan tehát a munkahelyi pszichoszomatika címén a korai felismerésben, és stresszintervenciós programokban járatos szakemberek képzését igényli.

Az ilyen készségekkel bőven rendelkező pszichológusok, és ilyen tekintetben érzékenyített foglalkozás-egészségügyi orvosok gazdaságilag is kimutatható eredményeket érnének el, ha tevékenységük rangját a szerződő felek és az egészségügy is elismerné. A megelőző, illetve a korai pszichoszomatikus intervenció kézenfekvő színtere a foglalkozás-egészségügy, hiszen az alkalmazottak ilyen szűrése egyszerűen kivitelezhető, és egyaránt személyes és vállalati érdek.

A pszichoszomatikus jellegű diagnosztikai, illetve tanácsadói munka, vagy a pszichoszomatikus szemléletű életmód medicina színtere lehet a fürdőegészségügy, a wellness hálózat is, mely szintén ilyen betöltésre váró üres niche-nek tekinthető a foglalkozás-egészségügyi, illetve a szakrendelői hálózathoz hasonlóan.

A biomedicina és a pszichoszomatika közötti, az 1. ábrán megjelenített társadalmi, technológiai, és tudásniche-ek közötti diskurzusküzdelmek, gazdasági érdekfeszültségek, és a gyógyítók és a betegek társadalmi csoportjaiban is érvényre jutó ökodinamikai folyamatok eltérő scenáriók mentén mehetnek végbe. A technológiai, gyógyszeripari érdek a technoszféra dominanciájához vezet, mely a tudásszféra (a kutatás finanszírozása, publikációs mechanizmusok), mind a szocioszférikus szükségletek (pszichoszomatikus betegségben szenvedők sajátos ellátási szükségletei) fölött dominál. Másfelől a szociális idegtudomány, a klinikai pszichofiziológia „high tech” kutatási eredményei nyomán a technoszféra és a tudásszféra együttműködése ezt a dominanciát a pszichoszomatikus szemlélet javára át is fordíthatja. Ezt a fordulatot gátolhatja a szocioszférikus, szakma-társadalmi megosztottság, érdekellentét, vagy segítheti az ilyen irányú, bizonyíték alapú adatokból táplálkozó szemléleti megújulás, érdekegyeztetés.

Valójában a technológiai, gazdasági és társadalmi érdekeket és a tudásszféra értékeit csak az együttműködő, niche-teremtő és niche-betöltő stratégiákkal tudják egyensúlyba hozni, ez vezet a nyereségek maximalizálásához is. *Salus aegroti, suprema lex esto – A beteg java a legfőbb törvény.*

## Irodalom

- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge, New York: Cambridge University Press
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgment of taste*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Deter, H.C., Orth-Gomér, K., Wasilewski B., & Verissimo B. (2017). The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) – history and future directions *Biopsychosocial Medicine*, 11:3. doi: 10.1186/s13030-016-0086-0
- Foucault, M. (1990). *Felügyelet és büntetés a börtön története*. Budapest: Gondolat
- Foucault, M. (1998). A diskurzus rendje. In M. Foucault, *A fantasztikus könyvtár* (50–74). Budapest: Pallas Stúdió – Attraktor Kft.

- Foucault, M. (2000). *Nyelv a végtelenhez*. Debrecen: Latin betűk
- Helman, G.C. (2003). *Kultúra, egészség és betegség*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Herrmann-Lingen, C., Beutel, M.E., Bosbach, A., Deter, H.C., Fritzsche, K., Hellmich, M., et al. (2016). A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD): Results of an observer-blinded, multicenter, randomized trial in depressed patients with coronary artery disease. SPIRR-CAD Study Group. *Psychosomatic Medicine*, 78(6), 704–715.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Bush, T., Russo, J., Lipscomb, P., et al. (1992). A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *General Hospital Psychiatry*, 14(2), 86–98.
- Katon, W.J., Lin, E.H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Young, B., et al. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illness. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611–2620.
- Kopp, M., & Kovács, M.E. (szerk.) (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Kuhn, T. (2000). *A tudományos forradalmak szerkezete*. Budapest: Osiris
- Lázár, I. (1998). A belgyógyászati pszichoszomatikai rendelői gyakorlat. In E. Bagdy (szerk.), *A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja* (96–132). Budapest: Animula
- Lázár, I. (2005). A belgyógyászati pszichoszomatikai szakrendelői gyakorlat. In F. Túry, & E. Bagdy (szerk.), *A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja/A pszichoterápiás módszerek szakmai protokollja/A szocioterápia szakmai protokollja* (96–131). Budapest: Grafológiai Intézet
- Lázár, I. (2015). *“Attached files”: Anthropological essays on body, psyche, attachment and spirituality*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholar Publishing
- Lipowski ZJ. (1974) Consultation-liaison psychiatry: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 131, 623–630.
- McLuhan, M. (1962). *The Gutenberg galaxy: The making of typographic man*. Toronto: University of Toronto Press
- Murakami, M., & Nakai, Y. (2017). Current state and future prospects for psychosomatic medicine in Japan. *Biopsychosocial Medicine*, 11:1. Doi: 10.1186/s13030-017-0088-6
- Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Hermanns, N., Hiemke, C., Hiller, W., et al. (2007). Cognitive behavioral therapy versus sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: The Diabetes and Depression (DAD) study: A randomized controlled multicenter trial. *Diabetes Care*, 38, 767–775.
- Rehbein, B. (2011). *Die Soziologie Pierre Bourdieus*. München: UVK Verlagsgesellschaft
- Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J, Noll-Hussong, M., et al. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 60–67.
- Smith, C.G. (1993). From psychosomatic medicine to consultation-liaison psychiatry. *The Medical Journal of Australia*, 159(11–12), 745–749.
- Von Korff, M., Ormel, J., Katon, W., & Lin, E.H.B. (1992). Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis *Archives of General Psychiatry*, 49, 91–100.
- Wild, B., Friederich H.-C., Gross, G., Teufel, M., Herzog, W., Giel, K.E., et al. (2009). The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa – a randomized controlled trial. *Trials*, 10:23. doi: 10.1186/1745-6215-10-23
- Zielke, M., Borgart, E.J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S., et al. (2004). *Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltenmedizinischer Psychosomatic in der klinik*



– krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltenmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf (DAK/AHG studie 2004). Lengerich: Pabst Science Publisher  
Zipfel, S., Herzog, W., Kruse, J., & Henningsen, P. (2016). Psychosomatic medicine in Germany: More timely than ever. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 262–269.

## Nyilatkozat érdeklődésről

A szerző ezúton kijelenti, hogy esetében nem állnak fenn érdeklődések.

### Age of empty niches – Questions of the institutionalization of psychosomatic discourse

LÁZÁR, IMRE

This article discusses the position of psychosomatic medicine in the human ecological concept of the niche construction from the point of view of critical culture research, Foucault's discourse theory and Bourdieu's habitus concept. Besides analyzing the ideological shapes of the institutionalized of psychosomatics, related ontologies and anthropological reporting nets, the analysis of institutionalized discourses, interest structures, and power relations can help to analyze the difficulties look at the possible in the practical application of evidence-based knowledge based on basic research. We look at the possible „clinical niches” for potential psychosomatic medical practice, potential benches of early psychosomatic diagnosis and lifestyle medicine in workplace health, complementary medicine, stress medicine, and spa health. Filling the „empty niches” of psychosomatics can both help the professional inclusion of highly qualified clinical psychologists and the biomedical emancipation of psychosomatics.

**Keywords:** psychosomatics, Foucault, discourse theory, Bourdieu, habitus, 4T model, clinical niches