

MP 5(2004)1, 55–67

Csabai Márta*

A HISZTÉRIÁVAL KAPCSOLATOS DISKURZUSOK TANULSÁGAI A SZOMATIZÁCIÓS JELENSÉGEK ÉS A BETEGSÉGMAGATARTÁS MEGÉRTÉSÉHEZ

Napjainkban a magatartástudományok képviselőinek egyszerre kell számolniuk a betegségekkel kapcsolatos bizonyosság és tudás konfliktusait előhívó medikalizációs-technikizációs orvostudományi tendenciákkal és a társadalomtudományok ezekre reflektáló, kritikai és „posztmodern” megközelítéseivel. Ebből adódóan igen fontos kihívásként jelentkezik az interdiszciplináris megközelítés szükségessége. Különösen így van ez a nehezen definiálható betegségek – a szomatizációs és pszichoszomatikus zavarok – esetében, ahol a betegségmagatartás gyakorlati problémái, továbbá a tünetek, a diagnózisok és a szenvedés „valódiságának” episztemológiai kérdései egyszerre vannak jelen. Az utóbbi másfél évtized kritikai társadalomtudományi kutatásaiban rendkívüli figyelmet kapott a szomatizációs zavarok és a klasszikus pszichoszomatikus kórképek elődjének számító hisztéria kérdésköre. A tanulmány a szakmai és laikus szóhasználatban nem hivatalosan máig tovább élő betegséggel kapcsolatos társadalomtudományi és orvosi megközelítések közül azokat mutatja be, amelyek szempontokkal szolgálhatnak a szomatizációs és pszichoszomatikus kórképek, valamint a velük kapcsolatos érzelmi és viselkedési reakciók elemzéséhez és megértéséhez.

Kulcsszavak: szomatizáció, hisztéria, személyiségtipológia, társas konstruktivizmus, betegségmagatartás, élettörténeti narratívum

Az orvostudomány és az orvosi technikák fejlődésének velejárója új betegségek felfedezése, betegségkategóriák, diagnózisok létrehozása, átszervezése vagy épp eltörlése. Ezeket a változásokat természetesen nem elégséges csupán új biológiai jelenségek vagy epidemiológiai mintázatok alapján magyarázni. Fontosak azok a társadalmi tényezők, gazdasági megfontolások, professzionális érdekek vagy intellektuális trendek is, amelyek az új gondolatok fejlődését artikulálják. Figyelembe kell venni azt is, hogy mind a szakemberek, mind pedig a betegek folyamatosan igénylik a legitim, jól körülírható és hatékonyan kezelhető betegségkategóriákat, hiszen az orvostudomány korlátainak elfogadásával járó bizonytalanság mindkét fél számára szorongáskeltő lehet. Általában azoknak a betegségeknek a legitimitása kérdőjeleződik meg, amelyeknek a mecha-

* Dr. Csabai Márta, MTA Pszichológiai Kutató Intézete

1132 Budapest, Victor Hugo u. 18-22.

E-mail: csabaim@mtapi.hu

nizmusai nem elég világosak, amelyeknek a specificitása bizonytalan, és amelyeknek definícióját, jelentését erőteljesen befolyásolják a társadalmi és a pszichológiai tényezők. Ily módon nagy eséllyel kerülnek ebbe a csoportba a „lelki eredetű” vagy a stressz és életmód által kiváltott, pszichoszomatikus betegségek és szomatiform zavarok. A fogyasztói értékek, a hatékonyság, a minőség és a piac kívánalmi szintén hozzájárulnak a diagnózisok változásaihoz.

Mindezen tényezők hatására napjainkban különös érdeklődés övezi a betegségkategóriák átalakulását befolyásoló folyamatokat, melyre élénken reflektálnak különböző társadalomtudományi kutatások is. A különböző szemléleti keretekhez, paradigmákhoz tartozó megközelítésekben egyaránt kiemelt szerepet kap a testi és lelki folyamatok hagyományos dichotóm felfogásának (és a ráépülő betegségkategóriáknak, diszciplínáknak, terápiás megközelítéseknek) az újraértelmezése, kritikája. A tradicionális „organikus *versus* pszichés” betegségfelosztás a társadalmi és kulturális tényezők értelmezhetőségének beszűkülését hozta magával, azonban az új megközelítések is rendre szembekerülnek a többszempontú magyarázatok epizemiológiai problémáival és metodológiai buktatóival. Az alábbiakban ezek a kérdések egy sajátos nézőpontból, a hisztériával kapcsolatos diskurzusok elemzése kapcsán kerülnek bemutatásra.

EGY EMBLEMATIKUS TÖRTÉNET: A HISZTÉRIA ÁTVÁLTOZÁSAI

A pszichés betegségeket osztályozó diagnosztikai kézikönyv, a DSM által „szomatiform zavar”-ként ismert betegségkategória főként olyan kórképeket tartalmaz, amelyek eredetileg a hisztériából váltak le. A hisztériával kapcsolatos diskurzusok története azonban nem csupán a szűken vett szomatiform zavarok, hanem a tágra értelmezett pszichoszomatikus betegségkategóriák átalakulásainak, és az azokhoz kapcsolódó magatartástudományi teóriák és gyakorlat változásainak megértéséhez is hasznos szempontokkal járulhat hozzá. Főként azért, mert a „pszichoszomatikus” és „szomatiform” betegségek között az egyik legfontosabb definíciós különbséget az adja, hogy míg az előbbieknél mind a testi kórfolyamat, mind pedig a pszichológiai és/vagy környezeti okok kimutathatóak, az utóbbiaknál – tehát a szomatiform zavaroknál – csupán a háttérben álló lelki okok mutathatóak ki (ha egyáltalán); a testi kórfolyamat orvosilag nem megragadható, csupán a panaszokban van jelen (Kulcsár 1998). „Bizonytalan”, „rejtélyes” tünetekről van tehát szó.

Az orvostudomány vizsgálódásainak körében kevés olyan jelenséget találunk, amelynek a kultúra- és tudománytörténet során való újbóli megjelenései, az ismeretek és nézőpontok bővülése nem a tudás megszilárdulását, hanem éppen a bizonytalanság, a rejtélyes jelleg erősödését eredményezték. Ebből a szempontból emblematikus kórképnek tekinthető a hisztéria. Ha végigtekintünk a betegség több ezer éves történetén, azt látjuk, hogy az európai történelemben létező szinte összes testi és lelki betegség megkapta valaha a hisztéria címkét. Különleges státusú kórképről van szó, hiszen egyszerre fejezi ki a testtel, a lélekkel és a betegségekkel kapcsolatos érzéseinket és fantáziáinkat, a szenvedéshez való viszonyunkat, és a tudással kapcsolatos ambivalenciáinkat. A téma kutatóit leggyakrabban az a kérdés ejti frusztrációval vegyes bámulatba, hogy miként maradhatott fenn a hisztéria kategóriája a történelemben stabil tartalom nélkül. Valószínűleg azért, mert a tradicionális orvoslás minden bináris komponensét érinti: megtestesülnek benne a test és a lélek, a patológia és a normalitás, az egészség és betegség, az orvos és beteg közötti viszony konfliktusai és feszültségei.

Philip Slavney amerikai pszichiáter 1990-ben azzal a megjegyzéssel zárta a hisztéria különböző megközelítéseiről szóló monográfiáját, hogy valószínűleg ez lesz az utolsó olyan, pszichiáter szerző által írott kötet, melynek címében a „hisztéria” kifejezés szerepel (Slavney 1990). Ha a pszichiátriai diagnózisok változásainak tendenciáit tekintjük, talán nem tűnik alaptalannak Slavney jóslata. Ha azonban a hisztéria „túlélési” mutatóit, illetve a kórképpel kapcsolatban épp az 1990-es években feltámadt érdeklődést figyeljük, akkor Slavney prófeciáját inkább azon vágy megfogalmazásaként értelmezhetjük, hogy egy több évezredes történetre ő tehesse fel a pontot. Igaz, a pszichiáterek azóta nem nagyon ostromolták hisztériáról szóló köteteikkel a könyvkiadókat, viszont éppen az 1990-es évek óta hihetetlen fejlődés ment végbe a téma társadalomtudományi – orvostörténeti, kultúrtörténeti, antropológiai, irodalmi és elméleti pszichoanalitikus – feldolgozása terén (vö. pl. Gilman és mtsai 1993; Showalter 1997). Szinte azt lehet mondani, hogy a betegség egyfajta „át-helyeződésének” lehetünk tanúi, ahogy az egyébként mindig is történt a kórkép tüneteivel, csak most nem a testben és a lélekben zajlott ez az áthelyeződés, hanem egyik diskurzusból a másikba. Értelmezhetjük ezt úgy is, hogy miután a hivatalos orvosi nomenklatúrában feldarabolódott, kitörlődött vagy rész-diagnózisokkal helyettesítődött, a hisztéria most másutt keresett helyet magának. A betegség történetében egyáltalán nem voltak ritkák az ilyen eltűnések és újra-felbukkanások. A hisztéria az egyik legősibbnak tekinthető betegség, hisz már az egyiptomi papiruszokon is

szerepelt az elnevezése. Szinte minden szerző egyetért azonban abban is, hogy a hisztéria nem csupán az egyik legrégebb, hanem egyúttal a legrejtélyesebb betegség, hisz mindig beszéltek róla, folyamatosan továbbélt az orvosi és laikus diskurzusokban, de valójában soha nem sikerült pontos leírását adni. A rendkívül izgalmas történet bemutatására itt most nincs mód, de érdemes megjegyezni, hogy a betegség említett rejtélyessége, megfoghatatlansága komoly tényező volt – a tudománypolitikai, társadalmi és kulturális okok mellett – abban, hogy az Amerikai Pszichiátriai Társaság a DSM-II megalkotásakor, 1958-ban törölte a betegség nevét, majd a nómenklatúra revíziója során annak fragmentumaival – szomatizációs zavar, hisztrionikus személyiségzavar, színlelt zavar stb. – helyettesítette azt.

A hisztériával kapcsolatos diskurzusok változásainak a magatartástudományok szempontjából való elemzését a diagnosztikus koncepciókkal és a betegmagatartással kapcsolatos általános tanulságain túl indokolja az is, hogy a téma utóbbi másfél évtizedben megfigyelhető társadalomtudományi reneszánsza következtében elindult egyfajta újraértékelés a klinikai pszichoanalízis és pszichoterápia területén is, tehát talán várható a betegséggel kapcsolatos megközelítések visszatérése az általános orvosi gyakorlatba is. Hozzájárulhat ehhez az is, hogy napjaink rendkívül erős medikalizációs trendjeire adott reakcióként ismét egyre növekszik az orvoslásban a pszichológiai és társadalmi szempontok figyelembevételének igénye, a szomatizációs jelenségek újfajta magyarázatának szükségessége.

A hagyományos orvosi modellek – a fogalom itt etiológiai, kauzális szemléletként értendő, s így bizonyos mértékig ide sorolható a pszichoanalízis is – kudarcot vallottak a hisztéria leírásában, mégpedig a kizárólagosan szomatikus okok keresése, illetve az elfojtott szexuális konfliktusok feltárásának részbeni egysíkúsága miatt. Az 1950-es évektől napjainkig terjedő időszakban – bár nem hivatalosan sok szakember és laikus mindmáig használja a hisztériát mint betegségkategóriát – hivatalosan nem beszélünk erről a betegségről, helyébe a „hisztériás” személyiségvonás, viselkedés és élettörténet került. Ebben a három értelmezésben könnyen ráismerhetünk azokra a – tipológiai, viselkedéses és narratív – nézőpontokra, amelyeket a magatartástudományi és pszichoszomatikus kutatások is fő irányvonalként követtek az utóbbi évtizedekben. Az alábbiakban ez a három megközelítés kerül bemutatásra, kiegészítve a társas konstrukcionizmus nézőpontjával, amely az utóbbi években a magatartástudományokban – így például a kritikai egészségpszichológiában – is megjelent egyfajta alternatív értelmezési keretként.

NŐI BETEGSÉGEK, FÉRFI PANASZOK

A tipológiai megközelítés mélyen gyökerezik az orvostudományban. Elég csak az európai orvoslás tradícióit megalapozó orvosok közül Hippokratészre gondolni, akinek a testnedvekkel, vérmérseklettel és betegségekkel kapcsolatos típusanára számtalan későbbi típus- és vonásmélelet épült. Bár a kifejezetten betegségközpontú megközelítésekkel szemben a dimensionális nézőpont magát a személyt helyezi a középpontba, azonban ezt legtöbbször mégis *személytelenül* teszi: a beteget inkább egy típus képviselőjének tekinti, mint individuumnak. A pszichológiában számos vita zajlott és zajlik azzal kapcsolatban, hogy mennyire mesterségesek vagy természetesek, életszerűek a típusok és kategóriák, és hogy mennyire szolgálják a jelenségek magyarázatát, vagy pedig épp azok leszűkítését eredményezik. Különösen fontos ez abból a szempontból, hogy a szűk spektrumú tipológiák elzárhatják a szemünk elől az „oda nem illő” viselkedés- és kórformákat, illetve hatással lehetnek a páciensek tünetbemutatására és a betegségmagatartásra is. Igen tanulságos ebből a szempontból a hisztéria története és összefüggései a pszichoszomatika és az orvosi pszichológia vonás-koncepcióival.

A hisztériát mindig szorosan összekapcsolták a „nőiesnek” tekintett jegyekkel: az érzékenységgel, a teátrális és csábító viselkedéssel. A személyiség tudományos leírása már a 19. század végén megkezdődött, de csak Wilhelm Reich munkásságában jelent meg önálló vonás-koncepció (Freud inkább a tünetek és tudattalan fantáziák, s nem a személyiség-típusok iránt érdeklődött). Reich munkája abba a pszichoanalitikus tipológiai áramlatba illeszkedett, ami a 20. század elején a pszichoanalitikus pszichoszomatikát is létrehozta. Köztudott, hogy ebben az időben Franz Alexander és követői az egyes pszichoszomatikus betegségek háttérben meghatározott személyiség szerkezetet feltételeztek. Reich elképzelése szerint a hisztériásoknál az alapvető kora gyermekkori konfliktus krónikus attitűddé és reakciómóddá fejlődik, ami felnőttkorban kiszámíthatatlanságban, szuggesztibilitásban, élénk képzelőerőben és csábító viselkedésben nyilvánul meg. A DSM különböző revíziói során a „hisztériás” tüneteket egyre inkább elválasztották a vonásoktól, s külön kategóriát hoztak létre a konverziós és disszociatív tünetekre és a személyiségdiagnózisra. (Ugyanebben az időben kezdett egyre tágulni a „pszichoszomatikus” betegségkategória is, és a személyiségvonások lassanként „leváltak” a tüneti képről.) A hisztériás személyiségvonás megközelítés középpontjában továbbra is a teátrális, dramatikus stílus és az emocionális labilitás állt, és ezeket egyre inkább összekapcsolták a nőiséggel. A vonások egyéb, a hisztériás személyiségre jellemzőnek tartott tulajdonságok-

kal együtt egy olyan képet adtak ki, amit a kritikusok „a nőiség karikatúrájának” neveztek. Éppen ez a karikatúraszerű ábrázolás váltotta ki aztán az 1970-es években a feminista és más kritikai megközelítések nagyrészt jogos támadásait, s paradox módon részben épp ez vezetett el ahhoz, hogy a hisztéria társadalomtudományi témává vált. A kritikák hatására a DSM-ben a „dramatizációt” felváltotta a „szélsőséges emocionalitás”, a „csábító viselkedés” helyébe pedig az „impresszionisztikus kognitív stílus” került.

A hisztéria pregnánsan női jegyekkel való azonosítása – ami egyébként évszázadokon át vita tárgya volt – nem csupán a nők viselkedésének patologizálása vagy a nőkkel szembeni előítélet miatt volt problematikus, hanem amiatt is, hogy ily módon maga a betegség is stigmatizálódott. A hisztéria „nőies” betegségként való elkönyvelése megakadályozta a szakembereket abban, hogy a kórképet – amit számos férfinál is jellemzőnek találtak – további vizsgálat alá vegyék, s általános leírását adják. Ez kihatott a betegek viselkedésére is: a „nőies” vonások megmutatása miatti félelem megakadályozta a férfiakat a tünetbemutatásban, így logikusan kevesebb férfit diagnosztizáltak hisztériásként, s a történet egy idő után önjáróvá vált. Ha azonban tágabban gondolkodunk a tünetbemutatásról, tudjuk, hogy az általános orvosi gyakorlatra is igaz, hogy a férfiak általában később fordulnak orvoshoz panaszaikkal, mint a nők, részben azért, mert attól tartanak, hogy gyengének, hisztériásnak, hipochondernek bélyegzik őket. Számos vizsgálat utal arra, hogy az „egészséges személy” képe sokkal több egybeesést mutat a férfiasság sztereotípiáival, mint a nőiességgel.

Érdemes megemlíteni Broverman és munkatársai immáron klasszikussá vált, 1970-es felmérését, amelyben kiderült, hogy a megkérdezett segítők szakemberek – pszichológusok, pszichiáterek és szociális munkások – az egészséges személyt függetlennek, kevésbé befolyásolhatónak, versengőbbnek, agresszívebbnek, kevésbé emocionálisnak és a külsejével kevésbé törődőnek írták le, mint az egészséges nőt (tehát a sztereotípiák szerint „férfiasabbnak”) (Broverman és mtsai 1970). A betegség és a nőiség reprezentációi ily módon szorosabb – ha nem is direkt és nem tudatos – kapcsolatban állnak egymással. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a tudattalan reprezentációk szintjén az fogalmazódik meg, hogy az igazán „férfias” férfi nem lehet beteg – pl. számos szakember felhívta a figyelmet arra, hogy Magyarországon a középkorú férfiak tragikus mortalitási mutatói hátterében többek között éppen a késői orvoshoz fordulás áll (Weidner és mtsai 2002). Ha mindezt összefüggésbe hozzuk az orvosi pszichológia közismert személyiségvonás koncepcióival – az „A” típusú, illetve „C” típusú személyiséggel –, akkor mindenképp figyelemre méltó

tó, hogy ezeknél középponti helyen szerepel az érzelmek megmutatásának képtelensége, és a szelf-dramatizáció teljes hiánya. (Azaz valamiképp a hisztériás személyiséggel ellentétes jegyeket mutatnak.) A hisztériával – vagy más betegségekkel – kapcsolatos nemi sztereotípiák mentén kialakult előítéletek tehát akár károsak is lehetnek a tünetek bemutatása, az orvoshoz fordulás szempontjából.

A dimenzionális megközelítések mindig magukban hordozzák a normális/abnormális közti határ önkényességét és különböző elfogultságok, előítéletek veszélyeit. A sztereotip megközelítés a vonásméleteknek egyébként is az egyik achillesi pontja, hiszen nagyon gyakori, hogy a tipológia konstrukciója és tesztelése során kiemelkedik egy „központi” vonás, ami ugyan könnyíti a további elemzéseket és a koncepció alkalmazását is, de megnehezíti a jelenségek körültekintő vizsgálatát, hiszen a központi vonás és a vonzáskörébe tartozó tulajdonságok esetleg túlzott jelentőséget kapnak, mások pedig indokolatlanul elsikkadnak. Jó példa erre az „A típusú viselkedés” koncepció, amely eredeti szándéka szerint éppen egy holisztikus, antiredukcionista modellt kívánt bevezetni a pszichoszomatikus betegségek magyarázóelvei közé, melyben a hagyományos rizikófaktorok mellett megfelelően reprezentálódhat a „nem mérhető” tényező, vagyis a személyiségjegyek, illetve a modern industrializált társadalmak problémái által okozott pszichoszociális problémák. Az „A” típusú viselkedés koncepciójának mára több évtizedes története bebizonyította, hogy ezek a törekvések valójában a redukcionista pszichoszomatikus elmülethez való visszatérést eredményezték, amikor magát az „A” típusú viselkedést is a kvantifikálható, szűk dimenziójú rizikófaktorok körébe sorolták (Aronowitz 1998).

További problémát okozott, hogy nem tudták kiküszöbölni a bűnbak-képzés, az egészségkárosító viselkedést produkáló személyek felelősként való megbélyegzésének mozzanatát. Az, hogy a holisztikus elképzelések sokszor az eredeti szándékokkal ellentétben a redukcionista diskurzusokat erősítették, rámutat azokra a súlyos kutatómódszertani problémákra, melyek következtében nem sikerült egyértelműen sikeres kutatási stratégiákat kidolgozni az egyéni és társas viselkedés betegségek kialakulásában játszott szerepének vizsgálatára. Részben ezekre próbált válasszal szolgálni az egészségpszichológia új ágazata, az 1990-es évek végén megjelent *kritikai egészségpszichológia*, amely módszertani újításai – a kvalitatív vizsgálati módszerek bevezetése – mellett a szemléleti keretet is bővíteni próbálta a társas konstrukciók szempontjának beemelése által.

A TÁRSAS KONSTRUKTIVISTA MEGKÖZELÍTÉS SZEMPONTJAI

Amint az előbbiekből kiderült, minden tipológiai megközelítésnek szembe kell néznie azzal a kritikával, hogy mesterséges határokat állít fel, és az általa létrehozott kategóriák pusztán konstrukciók. A betegségek „társas konstrukcióival” foglalkozó kritikái elméletek a betegségkategóriákat mesterségesen létrehozott konstrukcióknak tekintik, és azzal foglalkoznak, hogy milyen nem biológiai faktorok – nézetek, gazdasági kapcsolatok, társadalmi intézmények – határozzák meg a betegségekkel kapcsolatos koncepciókat. A társas konstrukciók bemutatására az elemzők általában olyan betegségeket választanak, amelyek erős reakciókat váltanak ki. Ez összefügghet a betegség által érintett populáció stigmatizáltságával (pl. tbc, szifilisz, AIDS); a szomatikus bázis ellentmondásosságával és az így felmerülő egyéni felelősség problémájával (pl. pszichiátriai betegségek, alkoholizmus, anorexia); és a betegség által kiváltott szorongással, esetenként halálos fenyegetettséggel (pl. daganatos betegségek). A megközelítés háttérében azok a jól ismert elemzések állnak, amelyek a kiemelt metaforikus erővel rendelkező betegségekkel – pestis, szifilisz, tbc, epilepszia, rák, AIDS – kapcsolatos reprezentációk alakulásában mutatják ki a társadalmi konstrukciók szerepét és ezek hatását a professzionális és populáris diskurzusokra, a betegség megélésére (vö. pl. Sontag 1983, 1990).

Napjainkban az információs társadalom, a tömegkommunikáció eszközei révén mindinkább hozzáférhető szakértői tudás egyre széttagoltabb, specializáltabb; a közvélemény nap mint nap szembesül az információk cáfolatával, ellentmondásaival is. Ennek hatására a késő modernitásban intézményesülni látszik a radikális kételkedés, az az általános attitűd, hogy minden tudás feltételes és kiegészítésre, korrekcióra szorul (Giddens 1991). A betegségekkel kapcsolatos társas konstrukciók létrejöttét és a gondolkodásra, attitűdökre gyakorolt jelentős hatását nagymértékben segíti az a tény, hogy a test közvetlen hozzáférhetősége a tudatosság számára sokszor a diszfunkciókon keresztül történik. Az orvosi technológiák fejlődése paradox hatást eredményezett ebben a tekintetben, hiszen egyfelől lehetővé tette az addig nem hozzáférhető folyamatok megismerését és kezelését, azonban újabb bizonytalanságokat is hozott az egyén saját testével kapcsolatos érzései, élményei terén (Good 1994; Morris 1998). Az egyre kifinomultabb vizsgálati és teszteljárások megjelenése ugyanis tovább növelte a bizonytalanságot azzal kapcsolatosan, hogy milyen (kontrollálhatatlan) folyamatok játszódhatnak le az egyén testében. A diagnosztikus eszközök fejlődésével megváltozott, képlékeny-

nyé vált maga az egészség/betegség határ is, hiszen számos olyan folyamat, jelenség vált detektálhatóvá, amely sok esetben csak egy betegség későbbi, potenciális megjelenését prognosztizálja.

A szakértői tudással kapcsolatos bizonytalanságokra adott egyfajta reakciónak tekinthető az a tény is, hogy bár az orvostudomány diagnosztikus és terápiás eszköztára szinte hihetetlen mértékben fejlődik, világszerte egyre nagyobb népszerűséget élveznek az alternatív gyógymódok, paramedikális eljárások. A hivatalos orvostudományt képviselő biopszichoszociális megközelítések ennek okát többnyire az orvos–beteg kapcsolat dinamikájában, az „emberi tényező” hivatalos medicinára jellemző háttérbe szorulásában látják. Ez a felfogás azonban hiányosnak bizonyult, és nem is tudott alapvető reformot véghezvinni az orvosképzésben és az orvosi gyakorlatban, mert nem vette figyelembe azokat a diskurzív mechanizmusokat, amelyek révén a betegséggel kapcsolatos tudás létrejön, osztályozódik és szétterjed (Aronowitz 1998).

Érdeemes itt ismét a hisztéria története felé fordulni. A témával kapcsolatos kortárs kritikai pszichológiai és antropológiai szakirodalom a betegséggel kapcsolatos koncepciók változásának folyamatát tisztán konstruktivista kontextusba helyezi, mondván, a hisztéria – majd a neurózis és a „pszichoszomatikus betegség” – diagnózisok megszüntetése, feldarabolása és a hétköznapi viselkedésformák patologizálásának tendenciája csupán az (orvos)tudomány tekintélyének legitimációját, hatalmának elmélyítését szolgálja (Kutchins és Kirk 1997). Ez a redukcionista álláspont azonban kiegészítésre szorul. A diagnózisok és tünetek változásai legalább ennyire tükrözik más fontos társadalmi folyamatoknak is: a testtel kapcsolatos tudás változásainak, a betegséggel kapcsolatos diskurzusoknak, a nemi szerepek átalakulásának. Nem fogadhatjuk tehát el azt a radikális társas konstruktivista megközelítést, amely a betegséget csupán címkének tekinti, és nem veszi figyelembe az egyén megélt, testi tapasztalatait. A lelki (társadalmi) szenvedés testi manifesztációinak sémái kevésbé körülhatároltak, nehezen értelmezhetőek. Szerepet játszanak benne a fegyelmezett, jól kontrollált testtel kapcsolatos normatív elvárások, a viselkedéssel és érzelmerkifejezéssel kapcsolatos felelősség üzenetei, a szomatikus okok feltárására szolgáló technikák szinte kimeríthetetlen választéka, s a mindezekkel kapcsolatos általános bizonytalanságérzés. Ez új fénybe helyezi azokat a klasszikus dilemmákat is, amelyek végigkísérték a hisztéria és a pszichoszomatikus betegségek történetét. A mindennapi orvosi gyakorlatban hagyományosan mindig megjelent a kérdés: „valódi” betegséggel állunk-e szemben? A „valódiság” a dichotóm, biomedikális megközelítés szerint sokszor az organikus *okok* meglétét jelentette, s a „hisztériás” vagy „pszichoszomatikus” jelző a hagyományos

orvosi szemlélet szerint nem kezelhető, vagy „képzelt”, „megjátszott” betegségek jele – sokszor stigmája – volt. Mára sokat változott ez a szemlélet, de a mindennapi orvosi gyakorlatban, ahol a pontos, gyors problémafeltárás és diagnózisalkotás elsőrendű feladattá vált, a beteg részéről való tünetbemutatás és ennek orvos által való értékelése rendkívül komoly kihívásokat jelent.

A VISELKEDÉSES NÉZŐPONT

A tünetbemutatás kérdésköre a hisztériával kapcsolatos második, viselkedéses megközelítésnek is központi eleme. A betegség évezredes története során mindig jelen volt a kérdés, hogy valójában betegségről van-e szó, vagy csupán megjátsszák, szimulálják a betegek a tüneteket. Mára a „hisztériás” viselkedés az orvosi szóhasználatban a „nehéz beteg” egyik pejoratív szinonimájává vált. Ez jelenik meg egyébként a „színelte zavar” DSM kategóriában is. A freudi betegségelőny és a parsons-i betegszerep közismert fogalmi jól megvilágítják a tünetbemutatás hátterében álló motívumok bonyolultságát. A „kóros betegségmagatartás” modellje felhívja a figyelmet arra, hogy az orvosok gyakran „abnormálisnak” értékelik, ha a páciens egy orvosilag nem magyarázható szomatikus (vagy pszichés) tünettől fordul hozzájuk, de azt is, ha páciensük az egyébként „indokolt” betegszerepet elutasítja (Kulcsár 1998). Thomas Szász pontosan rámutatott, hogy a betegszerep protektív funkciójára minden betegnek szüksége van, akár van kimutatható szomatikus vagy pszichés betegsége, akár nincs. A „miértre” tehát mindig kíváncsinak kell lennünk, de nem csak abban a vonatkozásban, hogy miért fordul orvoshoz a beteg, hanem adott esetben arra nézve is, hogy miért az adott tünetet „választja”. A hisztéria esetében pedig ez különös jelentőséggel bír, hiszen ez a krónikus, poliszimptomatikus, másképp nem magyarázott betegség – jobb híján elégedjünk meg ezzel a definícióval – igen gyakran más tünetek vagy betegségek képét ölti. Éppen ez jelentette évszázadokon át az egyik legnagyobb frusztrációt az orvosok számára. A hisztéria mimetikus (utánzásos) modelljei – pl. azok is, amelyek a hisztériás „járványokkal” foglalkoznak – tanulmányozzák az olyan jelenségeket, mint például, hogy az anorexiások köztudottan rendkívül tájékozottak a betegségükről – mintha „tanulnák” a tüneteket –, hogy sokan egy régi, „valódi” organikus betegséget ismételnék; más betegek pedig a családban előfordult szignifikáns betegséget „másolnak”, ami az illető családtaggal való tudattalan azonosulási igényre utalhat. És itt kell szót ejteni a sajtóban és az elektronikus médiában, az interneten bemutatott tünetekről és azok követésé-

ről, illetve azokról a hatásokról, amelyet bizonyos gyógyszergyárak propagandája gyakorol a tünetek létrehozására és észlelésére. Bizonyos betegségek „divatossá” válásában, gyakoriságuk hirtelen növekedésében minden bizonnyal nagy szerepe van az orvosok elvárásainak, s a betegek megfelelési igényének, illetve a szakmai és populáris diskurzusoknak is. A „hisztériás” viselkedés, tünetválasztás, illetve a tünetek létrehozásának mechanizmusai tehát rendkívül informatívak lehetnek a folyamatok jobb megértésében. Mindezek azonban nehezen értelmezhetők egy élettörténeti kontextus nélkül.

AZ ÉLETTÖRTÉNETI MEGKÖZELÍTÉS ÉS EGY INTEGRATÍV MODELL

Az élettörténeti megközelítés alapjait egyértelműen Freud munkássága jelenti, aki a „beszélgető kúra” felfedezésekor a testi és/vagy lelki tüneteket okozó pszichotraumát a páciens élettörténete szignifikáns elemének találta. Az élettörténet olyan narratívum, ami a jelen állapot előzményeit, fejlődését mutatja be, s amelyben a beteg szubjektumként, ágensként szerepel. Az orvosnak tudnia kell, hogy a beteg története nem adatokat és tényeket tartalmaz, hanem interpretációkat – nem történeti, hanem narratív igazságot. Erre épp a pszichoanalízis klasszikus hisztériás esetei hívták fel a figyelmet. És arra is, ami igen fontos az orvosi kommunikáció oktatása szempontjából – főként mert a narratív medicina friss, izgalmas, fejlődő ága a magatartástudománynak –, hogy az élettörténeti szöveg szerzője nem csak a beteg, hanem az orvos is, sőt fogalmazhatunk úgy, hogy az orvos a szerkesztő. Hiszen a páciens gyakran fragmentált történetet ad elő, amit az orvosnak ki kell egészítenie klinikai tapasztalataival, elméleti feltevéseivel és kulturális, pszichológiai ismeretekkel. Ezek a történetek aztán kánonokhoz igazodnak, s ebből adódik, hogy a pszichiáter gyakran nem egy nyelvet beszél a belgyógyással, a sebész a háziorvossal stb. Az orvos–beteg kapcsolatban, a történet „szerkesztésekor” mindig az orvosnak kell meghatároznia a kontextust, amiben a történet elemei jelentésteli egészé válnak. Ezt tanulta Freud a hisztériások történeteiből, mi pedig tőle, illetve a hisztéria történetéből. Igaz, hogy a több évezredes projekt, hogy a hisztériát „egybentartsák”, egységes koncepciót hozzanak létre, nem sikerült. Az integráció, a holisztikus modellek létrehozásának igénye azonban folyamatosan megjelent az orvostudomány és a pszichológia történetében, és tudjuk, hogy nem volt mentes a buktatóktól sem.

A komplex megközelítések szükségességének hangoztatása szinte mindig feszült viták eredménye a tudományban. A magatartástudományok esetében ez nem elsősorban a megközelítések és irányzatok konfliktusait jelenti, hanem inkább a módszertani homogenitás és eklekticizmus vitáját. Természetesen a gyakorlati alkalmazások terén a szemléleti és módszertani kérdések egyszerre jelentkezők, hiszen például az orvosi pszichológiai elemzésekben bonyolítja a képet, hogy az etiológia feltárásához más szemlélet kell, mint a beteggel való bánásmód és kapcsolat kialakításához. Valamiféle reménnyel kecsegtet azonban, hogy a kérdéskör vizsgálatában egy új megközelítés körvonalazódik: az ún. „materiális-diskurzív-intrapszichés” elemzési modell. (A „materiális” kifejezés a biológiai, szociológiai és intézményes vonatkozásokra, a „diskurzív” a társas és nyelvi tényezőkre, az „intrapszichés” pedig a belső pszichodinamikai aspektusokra vonatkozik.) Deklarált célkitűzése szerint ez a megközelítés nem privilegizálja egyik elemzési szintet sem, és olyan episztemológiai és metodológiai keretet javasol, amelyben nincsenek a kauzalitással, az objektivitással vagy a vizsgálómódszerekkel kapcsolatos *a priori* előfeltevések. Ez az új megközelítés az egészségpszichológia számos területén megjelent az utóbbi években, így pl. a szexualitás, a reprodukció, a mentális és fizikai egészség témakörében (Ussher 1997; Yardley 1997). Természetesen ezt a modellt sem tekinthetjük a korábbi megközelítések hibáit megoldó, „mindentudó” paradigmának, de mindenképp alkalmasnak tűnik a betegségkategóriák létrejöttében fontos szerepet betöltő, hiányzó diskurzív dimenzió – a szakemberek és laikusok nézetei, a kulturális reprezentációk és információforrások – elemzésére, annak más faktorokkal való egybevetésére, illetve a már többször említett metodológiai nehézségek enyhítésére. Többszólamúsága és nyitottsága miatt ez a modell alkalmasnak tűnhet arra is, hogy a szomatizációs és „hisztériás” tünetek a betegségmagatartás rejtélyes és sokszor frusztráló mozzanatait megújult érdeklődéssel kutathassuk.

Irodalom

- Aronowitz, R. (1998): *Making Sense of Illness. Science, Society and Disease*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E. et al. (1970): Sex-role stereotypes and clinical judgments on mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 34: 1-7.
- Giddens, A. (1991): *Modernity and Self-Identity*. Polity Press, Cambridge.
- Gilman, S., King, H., Porter, R. (1993): *Hysteria Beyond Freud*. University of California Press, London.
- Good, B. J. (1994): *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press, Cambridge.

- Kulcsár Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Kutchins, H., Kirk, S. A. (1997): *Making us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. The Free Press, New York.
- Morris, D. B. (1998): *Illness and Culture in the Postmodern Age*. University of California Press, Los Angeles.
- Shorter, E. (1994): *From the Mind into the Body. The Cultural Origins of Psychosomatic Symptoms*. The Free Press, New York.
- Showalter, E. (1997): *Hystories. Hysterical Epidemics*. Picador, London.
- Slavney, P. R. (1990): *Perspectives on „Hysteria”*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Sontag, S. (1983): *A betegség mint metafora*. Európa, Budapest.
- Sontag, S. (1990): *Az AIDS és metaforái*. Európa, Budapest.
- Ussher, J. M. (1997): *Body talk: The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*. Routledge, London.
- Weidner, G., Kopp, M., Kristenson, M. (2002): *Heart Disease: Environment, Stress, and Gender*. IOS Press, Amsterdam.
- Yardley, L. (1997): *Material Discourses in Health and Illness*. Routledge, London.

A tanulmány a T 043667 számú OTKA pályázat támogatásával készült.

CSABAI, MÁRTA

THE RELEVANCE OF DISCOURSES ABOUT HYSTERIA IN THE UNDERSTANDING OF SOMATIZATION PHENOMENA AND ILLNESS BEHAVIOUR

In these days behavioural scientists have in consider both the strong tendencies of technicization and medicalization, and the critical and postmodern trends of social sciences which focus on the conflicts of knowledge and certainty in the field of medicine. It makes crucial to find an appropriate interdisciplinary approach for the explanation of these phenomena. This is particularly true for those diseases which are difficult to define. In these cases – i.e. in somatization and psychosomatic diseases – the practical problems of illness behaviour and the epistemological questions of the „reality” of symptoms, diagnoses and suffering all contribute to the picture. The paper introduces those medical and social scientific approaches about hysteria (a kind of „ancestor” of somatization) which may give new viewpoints for the understanding of somatization phenomena and related emotional and behavioural reactions.

Keywords: somatization, hysteria, personality typology, social constructivism, illness behaviour, life history narrative

