

A SZOMATIZÁCIÓ, A HISZTÉRIA ÉS A KONVERZIÓ JELENSÉGGÖRÉNEK ÁTTEKINTÉSE

MISLAI ATTILA*

Vasútegészségügyi KHT Egészségügyi Központ

(Beérkezett: 2007. április 19.; elfogadva: 2008. január 5.)

A tanulmány áttekinti a szomatizáció jelenséggörét övező fogalmi bizonytalanságot és felvázolja megszületésének episztemológiai és ontológiai előfeltételeit. A hisztéria történetének rövid felidézése után ismerteti a közelmúltban mostohán kezelt konverzió fenomenológiáját, modern elméleteit és a lehetséges patomechanizmusra utaló kutatásokat. Végül beszámol a szóban forgó klinikai jelenségek új felosztási javaslatáról, a DSM-V előkészítésével megbízott kutatócsoport előzetes közleménye alapján.

Kulcsszavak: hisztéria, szomatizáció, konverzió, DSM-V

A SZOMATIZÁCIÓ KONCEPCIÓJÁNAK ESZMETÖRTÉNETI FELTÉTELEI

A szomatizáció fogalmilag elhatárolt jelenséggöre kitüntetett szerepet játszik a jelenkori általános orvoslás és pszichiátria klinikai elméleteiben és gyakorlatában egyaránt. Sajátos betegségképet közvetít, amelyben a tünetek szintjén egyszerű mennyiségi változók hozzárendelésével jellemezhető testi folyamatok dominálnak. A szomatizáció jelenséggöre felölelni látszik ugyanakkor olyan heterogén kutatási területeket, eltérő nézőpontokat és egymástól távol fekvő fenomenológiai-absztrakciós szinteket, mint a pszichoszociális stresszorok, a fizikai és mentális egészséget és jóllétet érintő növekvő mértékű aggályoskodás, az orvos-beteg találkozások kapcso-

* Vasútegészségügyi KHT Egészségügyi Központ, 3527 Miskolc, Bajcsy-Zs. u. 45. E-mail: waldentwo@freemail.hu

lati zavarai, vagy az elfogadott betegségprezentáció szociokulturális meghatározottságának kérdései (Csabai 2006). Amint arra e rövid felsorolás is következtetni enged, a szomatizáció fogalmát – a pszichoanalízissel, az orvosi pszichológiával és szociológiával, a pszichoszomatikus és magatartásorvoslással tartott szoros kapcsolata, és a meghatározására tett minden kísérlet ellenére –, számos ellentmondás és kétértelműség övezi, ami – a sokszor terméketlenné váló elméleti vitákon és nehezen értelmezhető, egymással összemérhetetlen kutatási eredményeken túl – a napi praxist kikényszerített áldiagnózisokkal és az előítéletek továbbhagyományozásával nehezíti. Mace és Trimble (1991) például brit neurológusok körében, pszichogénnek tekintett zavarok esetén a diagnózisalkotást és a kategóriák alkalmazását nem ritkán esetlegesnek, önkényesnek, illetve a gyógyítástól idegen szempontok alá vetettnek találták. Kende és munkatársainak (2005) vizsgálata a klinikai jelenséget leírni hivatott kategóriák többértelműségével járó ambivalencia csökkentésének egyik hagyományos stratégiájára hívja fel a figyelmet. Gyakorló orvosok körében viszonylag gyakran megfigyelhető a szomatizációs zavarokat érintő beszéd professzionális és privát szféráinak éles elhatárolása.

Vélhetően igaza van Fabregának, aki úgy véli, hogy e problémák nem oldhatók meg a fogalom alapjául szolgáló, s az orvoslásban reflektálatlanul maradó episztemológiai-ontológiai feltevések eszmetörténeti-kulturális beágyazottságának, s a gondolkodásunkat látenszen vezérlő test/lélek-mo-dellek filozófiatörténeti státuszának feltárása nélkül (Fabrega 1990). Mivel erre a kérdésre a konverzió megközelítéseit áttekintve röviden visszatérek, itt elegendő annak rögzítése, hogy jelenségtani rokonaival ellentétben a szomatizáció fogalma elválaszthatatlan az orvosi felfogás általános hátterét alkotó nyugat-európai filozófiai hagyomány modernkori ontologizáló szemléletétől, s történeti gyökerei az anakronizmus veszélye nélkül csak a XVII–XVIII. századig követhetők vissza (Lipowski 1984).

Ebben az időszakban körvonalazódik szisztematikusan az a mechanisztikus, redukcionista paradigma, ami a betegségek ontológiai specifitásának tanára építve, s a viharosan fejlődő természettudományok technikai módszertanával megerősödve, a középkor végéig eleven holisztikus orvosi szemlélet teljes háttérbe szorulását eredményezi. A testi működések objektíválható paraméterein alapuló új taxonómiák születnek, a betegség-állapot egyedi totalitása kikerül az univerzalitásra törekvő tudomány látóteréből, s létrejön az orvoslás „új szemiológiája”: a tünetek többé nem egy megzavart organizmikus-egzisztenciális-spirituális egyensúly *szimbólumaiként*, hanem saját természetű betegségek *manifeszt jeleiként* értelmeződnek (Fabrega 1990).

A modernitás másik eszmetörténeti jellemzője, hogy a formális (karte-

ziánus) dualizmus égisze alatt a fizikaitól szigorúan elválasztott mentális tartomány az előbbi mintájára szerveződik meg. A lelki működések és a viselkedés ennek szellemében kvázi-fizikai természetű összetevőkre bonthatók (érzékelés, észlelés, emlékezet, képzetek, hiedelmek, öntudat, érzelmek, reflexek stb.), abnormális elváltozásaik a testi betegségekkel azonos jeltani viszonyban írhatók le, s hasonló ontológiai természetű entitásokra utalnak. (A felfogásmód finom átrendeződései a valóságban sohasem öntörvényűen, valamely immanens logikai rend szabályainak engedelmességgel mennek végbe. A modernitás fent jelzett szellemi változásai is elválaszthatatlanok a társadalom és a tágabb kultúra valamennyi területén lezajló, egymással összefüggő és egymást indukáló változásoktól, a gazdasági és hatalmi viszonyok, vagy az intézményrendszer átrendeződésétől kezdve, az urbanizáció, a mobilitás, az iparosodás, a népességrobbanás folyamatain át olyan, nehezebben megragadható jelenségtartományokig, amit például az értékek átrendeződése, vagy az általános szekularizáció fogalma alatt értünk. A pszichiátria és a pszichoterápiák társadalmi beágyazottságáról pontos képet kapunk Foucault, Fromm, Rieff vagy Thomas Szasz műveiből.)

A természettudományok módszertanának uralkodóvá válása, a technicizálódás, a betegségek modern ontológiai felfogása, az orvosi szemiológia, s a nyomában születő leíró pszichopatológia, valamint a XVIII–XIX. században önállósodó pszichiátria és pszichológia önlegitimációs erőfeszítései teremtik meg azt az általános ismeretelméleti háttérrel, amelyen megszületik a nyugati orvoslás jellegzetes fogalmaként a szomatizáció koncepciója (Lipowski 1984).

A szomatizáció kifejezés Stekelnek az 1920-as években született írásaiban felbukkanó *Organsprache* félrefordításával kerül be a szakirodalomba (Marin és Carron 2002). Stekel a konverzió ekvivalenseként olyan testi betegséget ért alatta, amely „mélyen fekvő neurózis kifejeződésének tekinthető” (De Gucht és Fischler 2002). A korai definíciók azután még hosszú ideig őrzik kapcsolatát a pszichoanalízis elméletével. Jó példája ennek a szomatizáció vezető kutatójának, Lipowskinak 1968-as meghatározása, aki a szomatizációt a személy tartós tendenciájaként írja le, hogy „pszichés állapotát testi szenzációkként, funkcionális változásokként, vagy szomatikus metaforákként tapasztalja meg, koncipiálja és kommunikálja”. 1988-ban azután elméletileg a kognitív-viselkedéstani pozíció felé mozdul el, amikor a hangsúlyt patológiai vizsgálatok által nem magyarázható szomatikus tünetek és distressz állapotok megélésében alkalmazott sajátos, fizikális-biológiai attribúciókra és a medikális segítségkeresésre helyezi (Lipowski 1987, 1988).

A DSM-III, a DSM-IV és az ICD-10 rendszereit az operacionalitásra való

törekvés jellemzi. A szomatizációs zavarok csoportját alkotó kategóriákat a következő dimenziók mentén határozzák meg:

1. a besoroláshoz szükséges, medikálisan nem magyarázható testi tünetek száma,
2. a tünetek fennállásának időtartama az akut jelentkezéstől a krónikusig,
3. a tünetek súlyossága az életvezetés szempontjából,
4. a besoroláshoz szükséges szimptóma-csoportok száma,
5. speciális pszichológiai jellegzetességek megléte vagy hiánya.

A szomatizációs zavarok, s a többnyire szinonimaként használt egyéb kategóriák (pszichogén, funkcionális, hisztériás, konverzív, pseudoneurológiai, pszichoszomatikus betegségek, vagy újabban „orvosilag nem magyarázott tünetek”) terminológiai zűrzavara mindazonáltal egy olyan, az orvoslás kezdetétől azonosított pácienscsoportot kísérel megragadni, akik mindenkor lekötik a gyógyító kapacitás jelentős részét. „Az 1990-es évektől kezdődően egyre több szó esett arról, hogy ezek a páciensek igen komoly problémát jelentenek az egészségügy számára, hiszen a WHO felmérései szerint átlagosan 20%-ra tehető azon betegek száma, akik olyan problémával keresik fel a háziorvost, amelyek hátterében nem található organikus ok – tehát nagy valószínűséggel a ‚szomatizálók’ csoportjába tartoznak.” (Csabai 2007). Magyarországon a háziorvosok véleménye szerint a rendszeresen megjelenő betegek 38,2%-a nem organikus eredetű problémával érkezik (Kende és mtsai 2005, Csabai 2006). Ugyanakkor állapotuk természetének és kezelésük módszereinek kérdése, napjainkig nem csillapuló elméleti viták forrása maradt (Barsky és Borus 1999; Hurwitz 2003).

A SZOMATIZÁCIÓS ZAVAROK TÖRTÉNETI ELŐZMÉNYEI

Woolfolk és Allen (2007) kézikönyve szerint a szomatizáció története a hisztériával kezdődik. A hisztériát i. e. 1900 táján, Egyiptomban említik először orvosi források (Kahun-papirusz), tipikus esetként olyan fájdalomtünetek fennállását írják le, amelyek lokalizációjakor semmilyen sérülés vagy elváltozás nem azonosítható, s a páciens emellett hosszan tartó kimerültségről és látászavarokról panaszkodik (Veith 1965). Az állapotot kizárólag nőknél figyelték meg, és a méh hasüregi mozgásával magyarázták.

Az i. e. 400 körül virágzó görög orvosi iskolák az egyiptomi tradíció szellemében közelítették meg a betegséget. Hippokratész részletes leírást ad a méh (hystera) vándorlásának útvonaláról, az egyes szervi állomásokat

különböző tünetekkel hozva állandó kapcsolatba (a szív érintésekor például heves szorongás lép fel), s úgy vélte, a szexuális élettől való tartózkodás adja a betegség általános etiológiai hátterét (Gilman és mtsai 1993; Webster 2002). A római Solanus is a méhet tekinti a betegség szervi székhelyének, de ő az absztinencia által kiváltott görcsös összehúzódásokat jelöli meg patomechanizmusként. (Az antik szövegek új fordításokon alapuló eltérő értelmezési lehetőségére utalás található Szendiné /2004/).

Később, az i. sz. II. században Galenus teoretikus újítása értelmében a sperma számít „veszedelmes matériának”, ami rendszeres szexualitás nélkül megreked a méhben, megrontja a vért, irritálja az idegeket és hisztériás rohamot vált ki. Az új patogén hordozó azonosítása teszi lehetővé Galenusnak, hogy elsőként írja le hisztériás jelenségek fennállását férfiak körében (Spence 2006).

A középkori és a reneszánsz orvoslás az antik elődök és a kereszténység egyként megfellebbezhetetlen tekintélyeinek szorításában a természetes eredet és a démoni megszállottság tanai között ingadozik, praxisuk pedig évszázadokon át a tapasztalati módszerek és a vallásos hiedelmek esetlegesen változó keveréke maradt. A XVI. század hozza a modern tudomány megalkotóinak első nemzedékét, akiknek empirikus elkötelezettsége hamarosan új elméletek megjelenéséhez vezet a hisztéria felfogása terén is.

Edward Jorden, brit orvos (1578–1632) rövid értekezést tesz közzé, amiben kijelenti, hogy a hisztéria székhelye nem a méh, hanem az agy, a betegség tehát „az elme perturbációja”, kezelésként pedig a felgyülemlett patogén érzelmi feszültségek felszabadítását javasolja.

Thomas Willis (1622–1675), a neuroanatómia megalapítója, nagyszámú női holttest boncolása után kijelenti, hogy a hisztériásoknál a méh semmiféle elváltozása sem mutatható ki, az agyban és a gerincvelőben lakozó „állati szellemek” szabálytalan mozgása lehet kiváltó oka a panaszoknak.

Thomas Sydenham (1624–1689) szintén úgy vélte, hogy a test és a lélek tartományai között, az állati szellemek összhangjában támad zavar, de szerinte az egyensúly megbomlása hirtelen, nagy intenzitású érzelmek (harag, vágy, szerelem, félelem, gyász) fellépésével hozható oksági kapcsolatba. A férfiak körében gyakori hipochondriás állapotokat a hisztéria nemre specifikus változatának tekintette (Mace 1992a, 1992b).

A késő XVIII. században a formálódó viktoriánus korszellem az orvosi elméletalkotásban is érezteti befolyását: újraéled az antik uterus-teória, ennek megfelelően néhány évtizedre ismét feledésbe merülnek a férfiak érintettségére vonatkozó megfigyelések. Megjelenik viszont a hisztériás személyiség alkati gyengeségének gondolata, amit impulzivitás, érzelmi kitérősek, hiperszexualitás és excentrikus viselkedésre, valamint színlelésre való hajlam jellemez, a rohamok kiváltó ingereként pedig kéjvágyó,

immorális fantáziák felbukkanását feltételezik a képzetáramlásban (Webster 2002).

A hisztériás jelenségek és általában a szomatizáció kutatásában a fordulópontot Paul Briquet 1859-es szisztematikus értekezése jelenti, ami egyúttal közvetlen előfutára a szomatizációs zavarokról alkotott mai elképzeléseknek. Briquet kimerítően aprólékos leírását a hisztériások változékony szimptomatológiájáról azóta sem múlták felül (Guze és Perley 1963). Valójában három, egymással átfedésben lévő és gyakran komorbid tüneti képet elemzett, a konverziós jelenséget, a hisztériás személyiséget és az orvosilag nem magyarázható, krónikus, szomatikus betegségek fenomenológiáját (Garrabé 1999).

Néhány évvel később Jean Charcot (1825–1893) a szexualitás etiológiai szerepének nyilvános elutasítása mellett terjeszti elő elképzelését a hisztériások pszichopátiás családban öröklődő, idegi degenerációra indító diszpozícionáltságáról, ami fizikai és érzelmi traumák esetén a betegség fellobbanását eredményezi. Megkülönböztette a betegség több altípusát, demonstrálta a hisztériás személyiség fokozott szuggesztibilitását, és több mint 60 férfi hisztériás esettanulmányát publikálta.

Freud érdeklődése párizsi tanulmányútján, Charcot előadásainak hatása alatt fordult a hisztéria jelenségköre felé. 1895-ben, Josef Breuerrel együttműködve jelenteti meg a *Tanulmányok a hisztériáról* című könyvét, amiben a fő patomechanizmus megjelölésére használja a konverzió fogalmát, nyelvi eszközzel hidalva át a „misztikus ugrás” alatt tátongó mélységet, ami a szomatikus álruhát öltő manifeszt tünetek és a velük etiológiai kapcsolatban álló intrapszichés konfliktus két jelenségsíkját választja el egymástól. „Hisztériásoknál az elfogadhatatlan, veszélyes ideák úgy semlegesítődnek, hogy a hozzájuk tartozó izgalommennyiség valamilyen testi formába fordítódik” (Breuer és Freud 1955). Az elhárításra kerülő ideák pszichoszexuális fejlődés genitális szakaszában elszenvedett szexuális traumák emlékeivel, később a fejlődést kísérő, a tudattalanban újra aktiválódó szexuális fantáziákkal állnak összefüggésben. Ugyanebben a munkában jelenik meg a betegségelőnyök és a testi tünetek szimbolikus értelmezhetőségének gondolata.

A hisztériás jelenségek, amelyek azután több mint két évtizedre a pszichoanalitikus modellalkotás és a terápiás erőfeszítések előterébe kerülnek, az analitikus mozgalom terjeszkedésének kihívásai és a viharos társadalmi-kulturális átrendeződés mellett fokozatosan elveszítik heurisztikus jelentőségüket.

A SZOMATIZÁCIÓ, A HISZTÉRIA ÉS A KONVERZIÓS JELENSÉGEK MODERN FELFOGÁSA

Briquet említett műve 1951-ben, Purtell, Robins és Cohen munkássága révén foglalja el ismét az őt megillető helyet a szakmai köztudatban (Purtell és mtsai 1951).

1967-ben Perley és Guze, a jellemző vonások pontos meghatározására tett kísérletük során 10 clusterbe sorolt 57 tünetet találtak alkalmasnak diagnosztikus kritériumként, együttjárásukra pedig a Briquet-szindróma elnevezést javasolták (Perley és Guze 1971). Ez a változat került be azután 1972-ben a Feighner-féle kritériumlistába, ami az 1980-ban kiadott DSM-III formális előfutáraként szolgált. A teoretikus semlegesség törekvése, és a végleges változat nomenklatúrájáért felelős bizottság azon döntése nyomán, amellyel elkerülni rendelkezett a betegségekkel asszociált személynevek használatát, a tradicionális hisztéria, és a Briquet-szindróma helyett vált a szomatizáció hivatalos osztályozási kategóriájává. A hisztéria diagnózis felosztásának történetét a különféle betegségcsoportok között részletesen nyomon követi Csabai kiváló monográfiája (2007).

A besorolás alapjául szolgáló tanulmányok kiemelik a tünetek bemutatásának demonstratív jellegét, az érintett szervrendszerek számosságát, a hisztrionikus személyiségvonások gyakori társulását, s azt a megfigyelést, hogy e teljes formájában, általában nőknél azonosított mentális zavar gyakran krónikussá válva nem ritkán az életvezetés egészét súlyosan korlátozó állapottá merevedik. A konverziós jegyek fontos, de nem obligát elemei a tüneti mintázatnak (Guze 1983).

Konverziós tünetek az antikvítás óta ismertek, mégis csaknem valamenyny szerző kiemeli nehezen megragadható, eluzív természetüket (Ford és Folks 1986), a jelenséget övező terminológiai bizonytalanságot, s szinte periodikus szabályszerűséggel bukkannak fel klinikusok és elméletalkotók, akik a hisztéria mellett ennek a tünetcsoportnak a valódiságát is megkérdőjelezzik.

Steyerthal már 1908-ban így vélekedik: „Néhány éven belül a hisztéria egész koncepciója történeti furcsasággá válik. Nincs és soha nem is létezett ilyen betegség.” Az őt idéző Webster érvelése szerint a fogalom, eredeti jelentését az uterus-teória cáfolatával elveszítve változatos, magyarázat nélkül fennálló tünetek természetéről szóló negatív állítássá vált (Webster 2002).

A szkeptikusok legtekintélyesebb képviselője érveinek kidolgozottsága és az alátámasztásukra tett kiterjedt, évtizedes utánkövetést is magában foglaló empirikus kutatásai okán Eliot Slater. Ő úgy találta, hogy a hisztériásnak diagnosztizált páciensek közel fele néhány éven belül meghalt,

vagy súlyosan fogyatékosá vált olyan organikus betegségek következtében, amelyeknek tüneteit disszociatív és konverziós jelenségekként pszichogén eredetűnek minősítettek (Slater 1965a, 1965b; Gilman és mtsai 1993; Stone és mtsai 2005). „A hisztéria diagnózisa túlságosan gyakran a saját orvosi tudatlanságunkkal való szembenézés elkerülésére szolgál... Lényegét tekintve inkább az orvos-beteg kapcsolat zavarára utal, a kommunikáció hiányára és egymás kölcsönös félreértésére...A hisztériás páciensek egyetlen közös sajátossága páciens státuszukból ered. Diagnózisuk tehát nem csupán tévedés, inkább tragikus csapda minden érintett számára.” Végül pedig: „Sajnos el kell ismernünk, hogy a konfliktusok, a frusztrációk, a szorongás és a stressz az élet valamennyi szakaszában olyan természetes kísérőink, hogy felbukkanásuk valamely betegség kialakulását megelőzően önmagában nem tekinthető túlzottan jelentőségteljesnek.”

Slater radikális állításai az amerikai pszichiátriában széleskörű elfogadásra találtak, s az elkövetkező harminc évben a hisztéria kifejezés szinte teljesen eltűnt a szakma hivatalos szótárából. (Az igazság megkívánja, hogy Philip Slavney '90-es évekből származó gunyoros megállapítását is idézzük Webster /2002/ után: „A neurológusok, a pszichiáterek és a feminista kritika egyhangú kiátkozása dacára a hisztéria koncepciója rejtetten ugyan, de napjainkban is él, sőt igen eleven. Nincs még egy diagnózis, amit annyit pocskondiáztak, s mégsem veszített informális népszerűségéből, nincs, ami a kihalás szélén ilyen jó egészségnek örvendene.”)

Slater és követői mindazonáltal nem bántak ugyanilyen mostohán a konverzió fogalmával. Megfosztották ugyan az önálló betegségentitás státuszától, de szubklinikai reakciómódként, illetve társult patomechanizmusként a pszichiátriai zavarok valamennyi osztályában elismerték magyarázó erejét.

A konverziós zavarokról adott 1986-os áttekintésükben Ford és Folks ugyanerre a megállapításra jut: „A konverziót klinikailag inkább szimp-tómának és nem elsődleges diagnózisnak kell tekintenünk” (Ford és Folks 1986).

Napjainkban, a hisztéria jelensége körül újra fellángolt viták mellett a konverziós zavar és a szomatizációs zavar kategóriáinak érvényességét elismerő szakmai konszenzus látszik körvonalazódni.

A KONVERZIÓS ZAVAR FENOMENOLÓGIAI, EPIDEMIOLÓGIAI ÉS EGYÉB JELLEMZŐI*

A konverziós zavarról adott eltérő definíciókban az alábbi heterogén kritériumok bukkannak fel a leggyakrabban. Olyan patogén jelenségek esetén merül fel ez a diagnosztikus irány, ahol:

- a központi idegrendszer valamely akaratlagos kontroll alatt álló funkciójának deficitjéről, vagy egyéb diszfunkciójáról van szó,
- amelyek szervi eredete standard vizsgálatokkal nem igazolható,
- szembeötlő az elsődleges és másodlagos betegségelőnyök jelenléte,
- a zavar mértéke hullámzik, fellépése és ingadozása érzelmekhez kötődik,
- a tünetképzés és fenntartás nem tudatosan közvetített,
- kezdete rendszerint hirtelen,
- a diszfunkció lokalizációja és természete inkább a páciens hiedelmét, mint valós anatómiai-fiziológiai viszonyokat tükröz,
- lehetséges a tünetek szimbolikus értelmezése,
- a páciens gyakran a szenvedéséről adott beszámolója ellenére állapottával szemben különös közömbösséget tanúsít (*la belle indifférence*).

McKegney 1967-ben 1052 fős, 16 és 80 éves kor közötti, pszichiátriai osztályon kezelt betegcsoport esetében 13%-os incidenciát állapított meg, a nők enyhe túlsúlyával kapcsolatban (ami azonban nem különbözött számottevően más, kórházi betegpopulációval összehasonlítva). Klinikai mértékű együttes depressziót talált a betegek 22%-ánál, a kontrollcsoport 43%-ával szemben. Ebből a vizsgálati eredményből született az a – későbbi kutatásokban soha meg nem erősített – feltevés, ami szerint a konverziós tünetek depresszió-ekvivalensekként értelmezhetők (McKegney 1967).

McKegney két fontos eredménye azonban időtállóan bizonyult. Elsőként igazolta statisztikai módszerekkel azt a régi sejtést, hogy a konverziós zavar nem jár együtt törvényszerűen hisztériás vagy hisztrionikus személyiségzavarral, sem más specifikus viselkedési mintázattal, hanem valamennyi kórformában előfordulhat. A másik, hogy a konverziós páciensek közel felénél organikus patológia együttjárása igazolható, azaz nem magyarázható feltétlenül valamennyi manifeszt tünet egyetlen diagnosztikus osztályba sorolással.

* Mivel nincs két kutatási beszámoló, ami a konverzió azonos meghatározásával dolgozna, valamennyi adatot azzal a megszorítással kell figyelembe vennünk, hogy a témában való elsődleges tájékozódás kereteinek kijelölésére igen, összefüggések bizonyító erejű megállapítására azonban nem alkalmasak.

Guze, Woodruff és Clayton 500 ambuláns pszichiátriai eset elemzésekor megerősítette, hogy nincs olyan pszichiátriai zavar, amelyben konverziós tünetek ne fordulhatnának elő (leggyakrabban: anesztézia 29%, afónia 28%, ataxia 27%, paralízis 20%, látásvesztés 19%, tudatvesztés 17%, amnéziás állapot 16%, hallásvesztés 9%, s nem utolsósorban 7% számolt be genito-urináris problémákról). Ugyanakkor, az ő vizsgálati mintájukban a hisztériás és az antiszociális személyiség olyan mértékben felülreprezentált (a kettő együtt a minta 35%-ánál fordult elő, míg a konverziós előtörténettel nem bíró kontrollcsoport alig 7%-ánál), és olyan egyértelműen oszlik meg a nemek mentén, ami szerintük igazolja a feltételezést, hogy „legalább néhány esetben ugyanazok az etiológiai és patogén faktorok vezetnek – az érintettek nemétől függően – egyik vagy másik, sokszor csak hangsúlyai-ban különböző, tüneti kép megjelenéséhez” (Guze 1983).

Ford és Folks a témáról írott módszeres áttekintésükben úgy becsülik, hogy a pszichiátriai konzultációk 5–14%-ára konverziós tünetek miatt kerül sor, általános kórházi populáció körében pedig 25–30%-ra teszik konverzió megjelenését a hospitalizáció időtartama alatt. Előfordulását igazolták valamennyi, random módon választott pszichiátriai betegcsoport esetén, posztpartum szakaszban, illetve addikciókban, hisztériás és szociopátiás személyeknél kiemelkedően magas prevalenciával (Ford és Folks 1986). Az érintettség kora gyermekkortól kezdve aggkorig kimutatható volt, jelentős sűrűsödéssel a kisiskolás és a fiatal felnőttkor (20–30. életév) övezeteiben. Konverziós tünetek magasabb arányban jártak együtt alacsonyabb szocioökonómiai státusszal, alacsonyabb iskolázottsággal és a vidéki környezettel. Felvetik annak a lehetőségét, hogy a szórványos irodalmi utalás a lateralizációban mutatkozó szignifikáns különbségre a nem-domináns félteke javára, a konverzió pszichodinamikus és neurofiziológiai elméleteit egyaránt alátámaszthatja. Egyetértenek Engellel, aki a tünetek szimbolikus értelmezését kiemelten fontosnak tekinti, de a másodlagos elaboráció eseteire utalva nem javasolja elfogadását obligát diagnosztikus kritériumként.

Szintén gyakorinak, ám inkonzisztensnek írják le a *la belle indifférence* jelenségét. Ezzel kapcsolatban idézik Barnert, aki a konverziós páciensek 54%-ánál, és Raskint, aki 40%-ánál azonosította a tünetek súlyos következményeivel kapcsolatos „nyilvánvaló aggodalom” hiányát. Saját vizsgálatukban a páciensek felénél semmilyen komorbid mentális zavart sem találtak, 30%-ánál állapították meg klinikailag releváns mértékű depresszió jelenlétét, és idézik Roy tanulmányát, aki 50 konverziós páciens közül 44 esetében demonstrálta hangulatzavar fennállását. McKegney-hez hasonlóan kiemelik, hogy az érintettek 50–64%-ánál egyidejűleg organikus vagy az agyi funkciókat is érintő szisztémás megbetegedés mutatható ki. Vala-

mennyi általuk vizsgált esetben igazolták a tüneteket provokáló pszichológiai stresszorok fellépését, szerintük ezek szerepe a konverziós zavar eredetében nem vitatható. A betegség lefolyásában a „szituatív” vagy átmeneti formát, a rövid (néhány héten, esetleg hónapon át tartó) és a krónikus formákat különböztették meg.

Leary gyermekpszichiátriai betegcsoport körében a prevalenciát 1-3%-ra, a gyermekneurológiai osztályon 10%-ra becsüli (Leary 2003). A jellemző klinikai profilról készített rekonstrukciója szerint a tipikus konverziós gyermek inkább lány, mint fiú (a nemek aránya 2:1), leginkább a 10-15 éves életkori övezetbe tartozik, szorongó vagy depressziós, többnyire kényszeres karakterjegyek másodlagos kialakításával védekezik, s olyan családi miliőben nevelkedik, ami elutasító, rideg szülői magatartással, gátolt családi kommunikációval, a generációk közötti rendkívül merev határokkal, megoldatlan gyásszal és nem ritkán szexuális abúzus előfordulásával jellemezhető.

Utánkövetés során a betegek 85%-ánál teljes körű gyógyulást regisztrált. Kedvező prognosztikus jegy Leary szerint a zavar akut fellépése, a jó premorbid személyiség és a monoszimptomás megjelenés. Binzer és Kullgren ugyanezeket találta érvényesnek motoros konverziós zavarral kezelt felnőtt pácienscsoport esetében (1997, 1998). A prognózis romlik abúzus-történet, a tünetek több éves fennállása, halmozott, vagy változó tüneti mintázat, valamint szorongásos, depressziós és/vagy magatartászavar társulása esetén.

A KONVERZIÓ MODERN ELMÉLETEI

Pszichodinamikus modell

A tradicionális magyarázat értelmében a konverziós tünet intrapszichés vagy traumás kiváltó tényezők által a tudattalanban elevenné lett kora gyermekkori (jellemzően uretrális és ödipális) fantáziák szorongásos feszültségének elhárítására, s ezzel az elfojtás fenntartására szolgál (Horner 1985; Viederman 1995; Mentzos 2005), aminek előfeltételét az elsődleges folyamat gondolkodás – szimbólumképző működéséhez való részleges regresszió fellépése teremti meg. Egyes szerzők olyan specifikus intrapszichés konstellációk kóroki szerepét emelik ki, mint a tudattalan büntudat, vagy az elveszített szeretet-tárggyal történő azonosulás (Engel 1970).

Tanulás-elméleti modell

A modell abból az alapfeltevésből indul ki, hogy a betegviselkedés szociálisan konstruált, tanult szerepelvárások mentén szerveződik. A betegszerephez tartozó valamennyi megnyilvánulás egy közös tulajdonságban osztozik, amennyiben a környezet fontos személyeiből figyelmet és gondoskodást vált ki, és mentesít bizonyos feladatok, vagy konfliktussal teli élethelyzetek terheinek viselése alól. Ezek a konzekvenciák a szóban forgó reakciók vonatkozásában megerősítő erővel hatnak. A későbbiekben, a betegviselkedés ismétlése a szerep legitimálására szolgál, biztosítja a szerep által elérhető legnagyobb kielégülést, és lehetővé teszi a szociális környezet szabályozását.

A tanuláselméleti nézőpont szerint a szerep felvétele nem tudatos döntés eredménye, s az élettörténeti elemzés során három fő mechanizmus különböző arányú előfordulása azonosítható: modelltanulás (különösen gyermekkorban gyakori), a betegviselkedés családtagok és orvosok általi közvetlen pozitív megerősítése, valamint az elkerülés során tapasztalt negatív megerősítés. A terápiás megközelítés ennek megfelelően a viselkedést kiváltó és fenntartó környezeti események részletes feltárásán alapuló, szisztematikusan tervezett, célzott beavatkozásokkal történő módosításából áll (Wooley és mtsai 1978).

Kognitív-neuropszichológiai modellek

A konverziós szindróma jelenségének mindinkább perifériára szorult védelmezői váratlan támogatáshoz jutottak a modern képalkotó eljárásoknak és neuropszichológiai teszt-battériák kidolgozásának köszönhetően (Spence 2006).

Whitlock és Ludwig az afferens idegpályák szelektív kortikofugális gátlásával magyarázta az akaratlagos kontroll alatt álló szomatikus működések kiesését a tudatos szabályozás tartományából. A tesztekkel igazolható fokozott szuggesztibilitás és mezőfüggőség, a rövid távú memória és a figyelmi funkció csökkenése könnyen összhangba hozható az elmélettel (Black és mtsai 2004).

Marshall motoros konverzív paralízisben demonstrálta azoknak a prefrontális struktúráknak (elülső gyűrű, orbitofrontális kérgi területek) a fokozott aktivitását, melyek az akaratlagos mozgásindítás gátlásáért felelősek (Marshall és mtsai 1997).

Halligan és munkatársai pozitron emissziós tomográfia (PET) segítségével igazolták, hogy hipnotikus paralízis esetén ugyanolyan működés-

mintázatok detektálhatók, mint fokális konverziós szindrómánál (Halligan és mtsai 2000). Érdemes megjegyezni, hogy a hipnózist a XIX. században „mesterséges” vagy „kontrollált” hisztériának nevezték.

Flor-Henry konzisztensen a domináns félteke alulműködését mutatta ki, s úgy vélte, hogy a konverziós tünetek a verbális kifejezésben gátlás alá került képzettartalmak konkrét reprezentációi (Flor-Henry és mtsai 1981).

Vuilleumier ismételten neurális mezők stabil együttesét találta érintettnek „szubjektív neurológiai tünetektől” szenvedő pácienseknél. E területek a talamusz és a bazális ganglionok azon szubkortikális „neurális hurkait” alkotják, amelyek számos szenzomotoros és kognitív működés szabályozásáért felelősek (intencionális mozgásvezérlés, szenzoros és motoros ingerek modulációja, az afferens információk kognitív feldolgozását végző kérgi mezők szelektív gátlása stb.) (Vuilleumier és mtsai 2001).

Spence szerint konverzió esetén a probléma abban áll, „hogy az akarat nem képes normális cselekvés végrehajtására” azaz „a magasabb végrehajtó területek diszfunkcionális beavatkozása gátolja új mozgások indítását, vagy megzavarja a már futó motoros program neurális mintázatát”. Ez a felfogás nagy múltra tekinthet vissza. Emlékezzünk Brody megállapítására 1873-ból: hisztériában „nem az izmok szűnnek meg engedelmessé válnak az akaratnak, hanem maga az akarat szűnik meg munkálkodni”, vagy Kraepelinére 1906-ból: „Sosem tévesztjük el észrevenni pácienseinknél az akarat súlyos zavarát” (Spence 2006).

Hilgard neodisszociációs elképzelése szerint a kognitív működések összhangját az agy hierarchikusan szerveződött moduláris struktúráinak együttműködése biztosítja. Konverzió esetén az intencionalitásért és a tudatosságért felelős magasabb kérgi központok és az alájuk rendelt szubkortikális részek közötti kommunikációban lép fel szabályozási zavar. Mivel Hilgard nem ad ellenőrizhető specifikus útmutatást a disszociálódó neurális területekről, teóriája egyelőre heurisztikus jellegűnek számít a szakirodalomban.

A konverziós jelenségek neurobiológiai korrelátumaira irányuló kutatásokról további, részletes beszámoló olvasható Szendi hivatkozott munkájában (2004).

A hisztéria, a szomatizáció és a konverzió deontologizálása: kritikai elméletek

A betegségek mesterséges amplifikációjának elmélete

Korábban idéztük Eliot Slatert, aki úgy vélte, hogy pszichogén zavarok diagnosztizálásakor gyakran az emberi létezésből elválaszthatatlan konfliktusok és frusztrációk indokolatlan patológizálása történik, amit az or-

voslás oldaláról a tudatlanság elfedését célzó hamis kommunikáció támogat.

Barsky és Borus, részben hasonló megfigyelésekre alapozva fogalmazták meg funkcionális szomatikus tünetekkel kapcsolatban amplifikációs elméletüket. Ennek értelmében a hétköznapi élet természetes feszültségeinek észlelése a posztmodern kultúra túlfejlett egészségtudatosságának közegében patomorf irányban érzékenyítődik. Az attribúciós elfogultságot számos szociokulturális tényező támogatja, mint a tekintélye súlyos erodálódásától szenvedő orvoslás önlegitimációban való fokozott érdeklősége, a tömegkommunikáció mindenoldalú fenyegetettséget sugalló szelektív és hiperbolikus tudósításai, az individualizáció (szelftudatosság) fejlettsége és a bürokratikus társadalomban megélni kényszerült kontrollvesztés állapota között feszülő ellentmondás, vagy épp a betegség felvételére indító, a törvénykezés által egyre szélesebb körben biztosított kártérítés gyakorlata.

E tényezők egymást erősítő befolyása azt eredményezi, hogy a „természetes distressz” állapotának szomatikus és pszichés jegyeit könnyebben tulajdonítjuk valamely közkezen forgó és baljós betegség manifesztációjának, gyanúnk pedig ismét csak fokozza tudatosságunkat és észleléseink élességét, magát a distressz állapotát tehát, ami még inkább megerősíti hiedelmünket a betegség fennállásáról. Barskyék szerint a szomatizációs és konverzív állapotok a létrejövő káros körben mesterségesen képződő jelenségek (Barsky és Borus 1999).

Hasonló elképzelést fejtenek ki Kulcsár és munkatársai a modern stressz-kutatás nézőpontjából, a szomatizációkra jellemző önrontó kört fenntartó komplex biológiai szabályozó mechanizmusokról alkotott modelljükben (Kulcsár 2004, 2005; Kulcsár és Kapusi 2004; Kulcsár, Kökönyei és Kapusi 2004; Kulcsár, Kökönyei és Rózsa 2004; Kulcsár és Nagy 2005).

A feminista álláspont

A 70-es évek feminista teoretikusai a hisztéria történetéről adott kritikai elemzéseik során a viktoriánus korszakra jellemző orvos-beteg kapcsolat nemi előítéletekkel, rejtett moralizálással teljes jellegére összpontosítottak, s kimutatták az uralkodó pszichiátriai elméletek univerzális érvénnyel felruházott megállapításainak függését az adott kultúra uralkodó, ám teljességgel partikuláris értékrendszerétől.

A feminista perspektíva végeredményben azt sugallja, hogy a hisztéria és a kapcsolódó pszichopatológiai fogalmak nem valódi betegségentítésra utalnak, hanem a patriarchális szerveződésű társadalom eszközei a nők feletti szociális kontroll megtartására (Gilman és Mtsai 1993, Woolfolk és Allen 2007). Micale pregnáns megfogalmazása szerint „a hisztériának

mondott jelenségek reprezentáltak minden olyan viselkedésformát, amit a férfiak idegesítőnek, elviselhetetlennek, misztikusnak, félelmetesnek és megváltoztathatatlanak tekintettek a másik nem képviselői körében” (Micalé 2002).

Nyelvfilozófiai kritika

Ez a megközelítés az orvostudományban honos nyelvhasználat rejtett episztemológiai feltevéseinek elemzésére támaszkodva arra a következtetésre jut, hogy számos betegségkategória (különösen a szomatiform zavarok) nem valóban létező állapotok leírására szolgál, csupán egy filozófiailag túlhaladott és tarthatatlan, ám reflektálatlanul maradó duális ontológiai szemlélet mesterséges lingvisztikai következménye (Graham 1961; Lipowski 1984; McWhinney és mtsai 1997).

A kultúrkritikai álláspont

Képviselői etnológiai és kultúrközi kutatások eredményeiből kiindulva jutnak a fentiekhez hasonló következtetésre. A betegségsztyalizások (ismét csak kiemelt példaként kezelve a szomatizáció kérdéskörét) feloldhatatlanul etnocentrikusak, s más kulturális kontextusba illesztve lefordíthatatlanok és értelmezhetetlenek; az objektivitás látszatának fedezékében, valójában körülírható társadalmi-hatalmi funkciók teljesítésének kétélű fegyverei (Kirmayer 1984; Kirmayer és Young 1998).

JÖVŐBELI KRITÉRIUMOKKAL KAPCSOLATOS JAVASLATOK

Írásomat a DSM-V előkészítésével megbízott egyik kutatócsoport, tárgyunk szempontjából releváns, előzetes közleményének ismertetésével zárom.

Mayou és mtsai (2005) szerint a neurózisok eltávolítása a DSM-III rendszeréből nem járult hozzá a szóban forgó klinikai jelenségek státuszát, besorolását és megközelítésüket övező fogalmi és gyakorlati dilemmák feloldásához. A hagyományos kategóriák helyére explicit módon kísérleti-spekulatív jelleggel bevezetett szomatiform diagnóziscsoport (amit a DSM-III-R, majd a DSM-IV kisebb, nem lényegbevágó módosításokkal őrzött meg) nem bizonyult alkalmasnak a gyakorló klinikusok közötti kommunikáció egységesítésére, a kutatások orientálására, és nem hordoz útmutatást az érintettek kezelésének és prognosztikai kilátásainak sürgető kérdéseiben. Úgy vélik, hogy a pszichiátriai taxonómiákkal kapcsolatban hiányzó széles körű konszenzus több, egymást csak részben átfedő területet felölelő válaszok mérlegelésével teremthető meg:

- kategoriális vs. dimenzionális megközelítés relatív előnyei és hátrányai,
- deskriptív vs. etiológiai osztályozás előnyei és hátrányai,
- reliabilitás és validitás vs. hasznosság szempontjainak elsőbbsége,
- a besorolási küszöb kérdései,
- a szociális funkcióromlás kritériumának kérdése.

Mindezek figyelembevételével a szomatiform zavarok csoportjával szemben az alábbi kifogásokat fogalmazzák meg:

1. A terminológia elfogadhatatlan a páciensek nagy része számára.
2. Felosztásuk inherensen dualisztikus szemléletet tükröz, ami elméletileg és empirikusan egyaránt tarthatatlan.
3. A szomatiform zavarok inkoherens csoportot képeznek.
4. A kategóriák más kultúrákban nem értelmezhetőek.
5. A kategóriákhoz rendelt kizáró kritériumok nem egyértelműek.
6. A legtöbb kategóriával kapcsolatban nem sikerült elérni a reliabilitás elfogadható mértékét.
7. Világosan definiált küszöbkritériumok hiánya.
8. Az egészségügyet övező jogi és biztosítási kérdésekben teljes zavart okoz.
9. Longitudinális vizsgálatok nem igazolták a diagnózisok kívánt stabilitását.
10. Nem szolgál specifikus iránymutatással a klinikum számára.

Közleményüket a DSM-V szerkesztőihez eljuttatott 4 specifikus ajánlással zárják.

1. Elkerülhetetlennek tartják a szomatiform zavarok csoportjának eltörlését.
2. Szomatikus tünetek fennállásakor két osztály egyikének alkalmazását javasolják. Amennyiben a tünet egyértelműen kapcsolódik valamilyen betegséghez, úgy a tünet és a betegség címkéje együtt használandó (pl. emlőrákkal összefüggő fájdalom). Általános medikális állapottal nem igazolható panasz esetén a „funkcionális” szó használatát tartják a legkevésbé elhibázottnak.
3. A szomatiform csoportba sorolt zavarok új felosztása szükséges az I. II. III. és IV. tengelyek mentén (1. táblázat).
4. Valamennyi diagnózist multidimenzionális leírással kell kiegészíteni (2. táblázat).

1. táblázat. A szomatoform zavarok néven ismert betegségecsoport javasolt felosztási sémája

I. tengely	II. tengely	III. tengely	IV. tengely
Konverziós zavarok	Személyiségzavarok ideértve a szomatizációk formájában manifesztálódó változatokat és kiegészítve a <i>hipochondriás személyiség</i> diagnózisával	Általános egészségi állapot ide sorolva a funkcionális szomatikus tüneteket és szindrómákat	Pszichoszociális és környezeti problémák beleértve az egészségügyi rendszerrel való kapcsolat jellegzetességeit
Hangulatzavarok			
Szorongásos zavarok			
Szkizofrénia és más téveszmés zavarok			
Általános egészségi állapotot befolyásoló pszichológiai tényezők			

2. táblázat. Szomatikus tüneteknél alkalmazandó multidimenzionális leíró rendszer sémája

Dimenziók
A szomatikus tünet típusa
A tünetek száma
A tünetek lefutása (akut, krónikus, visszatérő)
A tünet patológiája/ patofiziológiája
Egészség/betegség/hiedelmek
Betegviselkedés jellegzetességei
Komorbid pszichiátriai zavar
Szociális tényezők (munkanélküliség stb.)

Irodalom

- Barsky, A. J., Borus, J. F. (1999): Functional somatic syndromes. *American Internal Medicine*, 130: 910–921.
- Binzer, N., Kullgren, G. (1997): Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Clinical Psychiatry*, 63: 83–88.
- Binzer, N., Kullgren, G. (1998): Motor conversion disorder. *Psychosomatics*, 39: 519–527.
- Black, D. N., Seritan, A. L., Taber, K. H., Hurley, R. A. (2004): Conversion hysteria: Lessons from functional imaging. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 16: 245–251.
- Breuer, J., Freud, S. (1955): *Studies on hysteria*. Hogart Press, London
- Csabai M (2006): A szomatizáció szociálpszichológiai kutatásának tudományos és társadalmi környezete. *Pszichológia*, (26), 4: 289–304.
- Csabai M. (2007): *Tünetvándorlás*. Jászöveg Műhely Kiadó, Budapest
- De Gucht, V., Fischler, B. (2002): Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43: 1–9.
- Engel, G. L. (1970): Conversion symptoms. In MacBryde, C. M. (ed.): *Signs and symptoms*. Lippincott, Philadelphia, 650–658.
- Fabrega, H. (1990): The concept of somatization as a cultural and historical product of Western medicine. *Psychosomatic Medicine*, 52: 653–672.
- Flor-Henry, P., Fromm-Auch, D., Tapper, M., Schopflocher D. (1981): A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biological Psychiatry*, 16: 601–626.
- Ford, C. V., Folks, D. G. (1986): Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*, 26: 371–382.
- Garrabé, J. (ed.) (1999): *Anthology of French psychiatric texts*. Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson
- Gilman, S. L., King, H., Porter, R., Rousseau, G. S. Showalter E. (1993): *Hysteria beyond Freud*. University of California Press, Berkeley.
- Graham, D. T. (1961): Health, disease, and the mind-body problem: linguistic parallelism. *Psychosomatic Medicine*, 1: 52–71.
- Guze, S. B. (1983): Studies in hysteria. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28: 434–437.
- Guze, S. B., Perley, M. J. (1963): Observation on the natural history of hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 119: 960–965.
- Halligan, P. W. Athwal B. S., Oakley D. A., Frackowiak R. S. (2000): Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria. *The Lancet*, 335: 986–987.
- Horner, A. (Ed.) (1985): *Treating the Oedipal patient in brief psychotherapy*. Jason Aronson, New York.
- Hurwitz, T. A. (2003): Somatization and conversion disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49: 172–178.
- Kende A., Szili K., Csabai M. (2005): Laikusok és gyakorló orvosok nézetei a szomatizációról. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 1: 53–69.
- Kirmayer, L. J. (1984): Culture, affect, and somatization. *Transcultural Psychiatric Review*, 21: 159–188.
- Kirmayer, L. J., Young, A. (1998): Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspective. *Psychosomatic Medicine*, 60: 420–430.
- Kulcsár Zs. (2004): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban IV. [r.], *Családorvosi Fórum*, 10: 42–46.
- Kulcsár Zs. (2005): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban. VI. [r.], 4: 63.

- Kulcsár Zs., Kapusi Gy. (2004): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban. I. [r.], *Családorvosi Fórum*, 6: 54–58.
- Kulcsár Zs., Kökönyei Gy., Kapusi Gy. (2004): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban. II. [r.], *Családorvosi Fórum*, 7: 39–43.
- Kulcsár Zs., Kökönyei Gy., Rózsa P. (2004): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban. III. [r.], *Családorvosi Fórum*, 8: 44–48.
- Kulcsár Zs., Nagy H. (2005): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban. V. [r.], *Családorvosi Fórum*, 1: 44–45.
- Leary, P. M. (2003): Conversion disorder in childhood – diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96: 436–438.
- Lipowski, Z. J. (1984): What does the world „psychosomatic” really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 2: 153–171.
- Lipowski, Z. J. (1987): Somatization: medicine’s unsolved problem. *Psychosomatics*, 28: 294–297.
- Lipowski, Z. J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145: 1358–1368.
- Mace, C. J. (1992a): Hysterical conversion I.: a history. *British Journal of Psychiatry*, 161: 369–377.
- Mace, C. J. (1992b): Hysterical conversion II.: a critique. *British Journal of Psychiatry*, 162: 378–389.
- Mace, C. J., Trimble, M. R. (1991): „Hysteria”, „functional” or „psychogenic”? A survey of British neurologists’ preference. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84: 471–475.
- Marin, C., Carron, R. (2002): The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics*, 43: 249–250.
- Marshall J. C.; Halligan P. W.; Fink G. R.; Wade D. T.; Frackowiak R. S. J. (1997): The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition*, 64 (1): 1–8.
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., Sharpe, M. (2005): Somatoform disorders: time for a new approach. *American Journal of Psychiatry*, 162: 847–855.
- McKegney, P. (1967): The incidence and characteristics of patients with conversion reaction. *American Journal of Psychiatry*, 124: 542–545.
- McWhinney, I. R., Epstein, R. M., Freeman, T. R. (1997): Lingua medica: rethinking somatization. *Annals of Internal Medicine*, 126 (9): 747–750.
- Mentzos, S. (2005): *A konfliktus-feldolgozás neurotikus módjai*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest
- Micale, M. S. (2002): *Approaching hysteria: disease and interpretation*. Princeton University Press
- Perley, M. J., Guze, S. B. (1971): A study of conversion symptoms in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 128: 135–138.
- Purtell, J., Robins, E., Cohen, M. E. (1951): Observations on clinical aspects of hysteria. *Journal of the American Medicine Association*, 146: 902–909.
- Slater, E. (1965a): Diagnosis of hysteria. *British Medical Journal*, 34: 1399–1411.
- Slater, E. (1965b): A follow up of patients diagnosed as suffering from „hysteria”. *Journal of Psychosomatic Research*, 9: 9–13.
- Spence, S. A. (2006): Hysteria: a new look. *Psychiatry*, 5: 56–60.
- Stone, J., Smith, R., Carson, A., Lewis, F., Prescott, R., Warlow, Ch., Sharpe, M. (2005): Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and „hysteria”. *British Medical Journal*, 331: 989–994.
- Szendi G. (2004): A konverziós hisztéria fogalmának rövid története és neurobiológiai modellje. *Psychiatria Hungarica*, 19, 4: 276–309.

- Veith, I. (1965): *Hysteria: The history of a disease*. University Press, Chicago.
- Viederman, M. (1995): Metaphor and meaning in conversion disorder: a brief active therapy. *Psychosomatic Medicine*, 57: 403–409.
- Vuilleumier, P., Chicherio, C., Assal, F., Schwartz, S., Slosman, D., Landis, T. (2001): Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*, 6: 1077–1090.
- Webster, R. (2002): *Miben tévedett Freud?* Európa Könyvkiadó, Budapest.
- Wooley, S. C., Blackwell, B., Winget, C. (1978): A learning theory model of chronic illness behavior: theory, treatment, and research. *Psychosomatic Medicine*, 5: 379–401.
- Woolfolk, R. L., Allen, A. (2007): *Treating somatization: a cognitive-behavioral approach*. Guilford Publication

MISLAI, ATTILA

REVIEW OF THE CONCEPTUAL CLASSES OF SOMATIZATION, HYSTERIA AND CONVERSION

Since the ancient medical writings there has been a great confusion around hysteria and conversion which was not alleviated by introducing the neutral concept of somatization. The article explores the questionable epistemological and ontological presuppositions standing behind that modern concept. After providing a historical perspective the author overviews the phenomenology and the current theories of conversion. Finally, leaning on a preliminary study, surveys a possible new division of this elusive clinical condition in the DSM-V system.

Keywords: hysteria, somatization, conversation, DSM-V