

TÜNETEK ÉS TÖRTÉNETEK. A NEMI SZTEREOTÍPIÁK HATÁSA A TÜNETÉRTELMEZÉSRE

CSÖRSZ ILONA^{1*} – SZILI KATALIN² – DEVECSERY ÁGNES⁴
– MÁTH JÁNOS³ – CSABAI MÁRTA²

¹ Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Magatartástudományi
Intézet, Debrecen

² Magyar Tudományos Akadémia, Pszichológiai Kutatóintézet, Budapest

³ Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Debrecen

⁴ HumanDream Humánérőforrás és Informatikai Kft., Budapest

(Beérkezett: 2010. március 7.; elfogadva: 2010. július 3.)

A betegségekkel kapcsolatos szakmai és laikus vélemények alakulása nem független a kulturális és társas hatások közvetítette nézetrendszerektől, sztereotípiáktól. Kutatásunk során azt vizsgáltuk, hogy a nemi sztereotípiák miként jelennek meg a tünetértelmezésben orvos- és pszichológushallgatóknál. Mivel a reprezentációk nem közvetlenül fejtik ki hatásukat, direkt módszerekkel kevésbé vizsgálhatók, feltárásukra így projektív technikát alkalmaztunk. Egy szépirodalmi betegség-elbeszélést használtunk projekciós felületként, melynek az eredeti, női főszereplővel (nőbeteggel) játszódó változatát létrehoztuk férfi protagonistával is. A kétféle verzió értékeléséhez kérdőívet szerkesztettünk, melyet 313 pszichológus- és orvostanhallgatóval vettünk fel, és a szöveges válaszok tartalmi kategóriáinak kvantitatív és kvalitatív elemzésével értékeltünk. Megállapítottuk, hogy a hiányos tünetbemutatást tartalmazó történet intenzívebben mozgósította a nőbeteggel kapcsolatos reprezentációkat. A tünetre és a női történetre szomatizációs mechanizmusokat vetítettek a válaszadók. A férfibeteget egysíkúbban jellemezték, tüneteit stresszel és rizikóviselkedésekkel magyarázták. A válaszadók neme sokkal jelentősebb tényező volt, mint a válaszadók szakja. Kutatásunk felhívja a figyelmet arra, hogy a nemi sztereotípiák a diagnózisalkotást is befolyásolhatják, és ezt a hatást erősítheti a tünetek hiányos vagy diffúz prezentációja.

Kulcsszavak: tünetértelmezés, projektív technika, betegség-elbeszélés, nemi sztereotípiák, szomatizáció

* Levelező szerző: Csörsz Ilona, 4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
E-mail: csorszili@hotmail.com

1. BEVEZETÉS

Számos orvosi pszichológiai és antropológiai kutatás igazolta az utóbbi évtizedekben, hogy a betegségekkel kapcsolatos vélekedések és a betegség-megélés nem függetleníthető a tágabb társadalmi környezettől és a specializált egészségügyi-orvosi kultúrától (Aronowitz, 1998). A tömegmédia és az internet elterjedése után többszörösen igazolódott az a tétel is, hogy a laikusok betegség-reprezentációi nem különböznek radikálisan az egészségügyi szakemberekéitől (Arksey, 2008). Az egyik legfőbb egyezés abban mutatkozik, hogy a nyugati kultúrákban a betegek ugyanúgy dichotomizálják a „szomatikus” és „pszichés” háttérű tüneteket, mint az egészségügyi szakemberek. Továbbá, náluk is ugyanúgy megtalálhatók a szakemberek körében manapság igen elterjedt medikalizáló tendenciák, de a hasonlóképp divatos pszichologizáló trendek is (Prior, 2003).

Számos vizsgálatban kimutatták, és saját korábbi kutatásaink is arra utalnak, hogy a lelki háttérűnek tekintett betegségeket a szakemberek és a betegek egyaránt kevésbé tartják kezelendőnek (Bishop és mtsai, 1987; Peters és mtsai, 1998; Kende és mtsai, 2005). Ezen vizsgálatok eredményei arra is utalnak, hogy a laikusok tünetekkel kapcsolatos ítélete gyakran egyenes következménye annak, hogy milyen egyéb – élethelyzeti, pszichológiai, stb. – problémája van a megítéltnak. Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy ez az összefüggés a legtöbb szakemberre is igaz, az ő tünetértelmezésükre is hatással vannak az attribúciós folyamatok és nemi sztereotípiák (Ruiz és Verbrugge, 1997).

A tünetattribúció egyik legáltalánosabb modelljét Robbins és Kirmayer (1991) dolgozta ki, és elkülönítette a normalizáló, a szomatizáló és a pszichologizáló attribúciós stílusokat. Az attribúciós stílus határozza meg, hogy egy testérzetet szomatikus vagy pszichológiai tünetként értelmezünk és élünk meg. A normalizáló attribúciós stílus alapvető jellemzője, hogy az egyén egy-egy testérzet megjelenésének okát külső környezeti tényezőknak vagy a test normál fiziológiai reakciójának tulajdonítja. A szomatizáló attribúciós stílus esetén a testérzetek értelmezésének alapját a testi betegség feltételezése jelenti, míg a pszichologizálók valamilyen belső, pszichológiai állapottal (pl. szorongás, depresszió) magyarázzák testi tüneteiket (Rózsa és mtsai, 2008). A szomatizáló attribúciós stílusmegerősödő tünet-percepciót eredményez, mely viselkedéses tényezőkkel párosulva (pl. fokozott panaszkodás, gyakori szakemberhez fordulás) hozza létre a szomatizáció jelenségét, melynek fontos kritériuma, hogy a beteg panaszait nem támasztják alá a klinikai vizsgálatok).

A nemzetközi szakirodalom és saját korábbi kutatásaink is azt igazolták, hogy a szomatizáció nemi különbségeket mutat (Creed és Barsky, 2004;

Kende és mtsai, 2005). Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel jelentkező, „szomatizáló” betegek túlnyomó többsége nő. Ez nagyrészt abból adódik, hogy a nemekkel kapcsolatos társadalmi-kulturális sztereotípiák is lenyomatot hagynak a tünetészlelésen, tünetértelmezésen, betegekkel való bánáson (Ruiz és Verbrugge, 1997; Foss és Sundby, 2003). Az, hogy a nők általában több testi tünetről számolnak be egy adott időszak alatt, mint a férfiak, jelentős mértékben annak köszönhető, hogy a panaszkodás, a testi gyengeség felvállalása „nőies” tulajdonságnak minősül (Gijbers van Wijk és mtsai, 1999; Fletcher és mtsai, 2002). Ez a sztereotípia meghatározza a betegségmagatartással kapcsolatos ítéleteket is. Foss és Sundby (2003) összefoglalója szerint a kórházi személyzet a férfiak betegségmagatartását problémamentesnek látja, és úgy értékeli, hogy a férfiaknak kevesebb az idő- és információigénye, valamint jobban elfogadják a döntéseket. A „követelőző” nőbeteg tünetbemutatása „zavarosabb”, „bizonytalanabb”, és a szakemberek szerint nagyobb idő- és információigénye van.

Hasonlóképp számos kutatási eredmény – és számos sztereotip vélekedés – szól amellett, hogy a gyógyító szakemberek betegekkel való bánásmódját is befolyásolják a nemi különbségek – mind az orvos, mind a beteg részéről. Ezek általában arra utalnak, hogy az orvosnők általában több időt töltenek a beteggel, inkább jellemzi őket az érzelmi kommunikáció, továbbá a pszichoszociális témák megbeszélése a betegekkel (Hall és Roter, 1998). Jóval több a gyógyító kapcsolat kialakulását segítő, facilitáló partneri megnyilvánulásuk a betegek felé, kevésbé dominánsak az orvos-beteg konzultáció során, kevésbé védik a szakmai tekintélyt (Roter és mtsai, 2002). A beteg aggodalmaira, pszichoszociális problémáira inkább reagálnak, több érzelmi visszajelzést is adnak, mint a férfi orvosok (Meeuwesen és mtsai, 2002; Roter, 2001; Sleath és Rubin, 2002). Mindezen különbségek ellenére a témával kapcsolatos kutatások nem találtak szignifikáns összefüggést a gyógyító szakember neme és a terápiás kapcsolat, illetve a terápia hatékonyságának összefüggései szempontjából sem. Egyedül az orvosnő és nő páciens páros bizonyult hatékonyabbnak, itt volt a legmagasabb a kölcsönös támogatás foka és a partneri viszony (Derose és mtsai, 2001; van den Brink-Muinen és mtsai, 2002).

Mindezen előzmények után azt a kérdést tettük fel, hogy a tünetek prezentációjának módja, a betegség személyes történetbe ágyazottsága és a beteg neme miként befolyásolja egy betegségstörténet értelmezését attól függően, hogy milyen nemű és milyen szakmai háttérű az értelmezést végző személy. Arra voltunk tehát kíváncsiak, hogy egy betegségstörténet meghallgatása után hogyan változnak a betegre és a betegségére vonatkozó vélemények a beteg nemének függvényében, illetve kimutatható-e különbség a véleményező nemét és foglalkozását (orvos- és pszichológushallgató)

tekintve. A kutatás alanyaiként azért választottunk még képzésben résztvevő – tehát a laikus és szakember státusz közötti átmeneti szakaszban lévő – személyeket, hogy adalékokat kaphassunk arra vonatkozóan is, hogy az oktatás és a pályaszocializáció folyamata során miként hatnak egymásra a szűken vett szakmai és a társas-kulturális szempontok a tünetek és a betegek viselkedésének értelmezésében.

2. MÓDSZER

A tünetreprezentációk, attribúciók és kognitív sémák alakulásának folyamatát projektív technikával vizsgáltuk. A technikát a betegségreprezentációk mérésére alkalmas teszteljárásként és oktatási módszerként dolgoztuk ki (Csörsz és mtsai, 2008). A módszer lényege, hogy nem hagyományos esetismertetést, hanem egy szépirodalmi műben megjelenő betegségtörténetet prezentálunk a vizsgálati személyeknek, akik ehhez a „projekciós felülethez” kapcsolhatják a betegséghez, a beteghez és a gyógyító-beteg kapcsolathoz fűződő asszociációikat. Azért tartottuk szükségesnek ezen indirekt, asszociatív módszer bevezetését, mert a hagyományos értelmezési feladatok (betegségek, esetek elemzése) elsősorban a tanult ismeretek előhívását célzó kognitív készségeket mobilizálják, és így nem kapunk megfelelő információt a háttérben meghúzódó és jelentős szereppel bíró érzelmekről és társas-kulturális reprezentációkról.

A projektív teszteljárás kidolgozásakor abból az alapelvből indultunk ki, hogy a művészeti alkotások – így a novellák – befogadásához és megértéséhez speciálisan koncentrált figyelem szükségeltetik, melyet empátias megértésnek nevezünk (Buda, 1986). Egy szépirodalmi betegség-elbeszélés szereplőivel való azonosulás, a téri és idői sűrítés, továbbá az a mód, ahogy a betegség a főszereplő élettörténetébe ágyazottan jelenik meg, és így „helyet kap” a beteg életében, egy olyan szokatlan perspektívából látatja a beteget (pl. állóképként, hosszasan elidőzve, részleteiben mutat be egy érzelmileg fontos pillanatot), amely egy hagyományos esetértelmezés során nehezen megragadható. Egy ilyen típusú beteg- és tünetbemutatás lehetővé teszi azt is, hogy a novellát projektív felületként használva, *sűrítve* követhessük végig a diagnózisalkotási és értelmezési folyamatot, nem csupán kognitív szinten, hanem a reprezentációkhoz kapcsolódó érzések, élmények szintjén is. A mai megismerés-tudomány szerint ugyanis az affektív komponensek jelentősen befolyásolják a kogníciók alakulását (pl. Jenkins és Oatley, 2005). Fontos szempont az is, hogy a tünet, a betegség ily módon természetes közegében, érzelmek és társas viszonyulások hátlójába ágyazódva jelenik meg, nem csupán élettelen adathalmazként.

További fontos szempont volt a módszer kidolgozásakor, hogy a befogadó azon novellabeli szereplőkkel tud inkább azonosulni, akiknek már vannak körvonalai, előképei. Egy orvos-vagy pszichológushallgatónak – aki még köztes helyzetben van a laikus és szakemberstátusz között – feltehetőleg ugyanolyan közel vannak még a betegszereppel kapcsolatos laikus előképei, élményei, mint az éppen formálódó szakemberszereppel kapcsolatos reprezentációi és viszonyulásai.

A reprezentációk mérésére Nagy Lajos *A beteg* című elbeszélését választottuk, amelynek szövege a tanulmány mellékletében olvasható. A novellaválasztás során a következő kritériumokat tartottuk szem előtt: 1. a történetben ne legyen pontos diagnózis; 2. több, de kidolgozatlan karakter szerepeljen benne; 3. a történet-elbeszélés semleges, érzelmileg kevésbé színezett legyen. Mindezen feltételek azért szükségesek, hogy megfelelő körülményeket teremtsünk az asszociációk előhívásához. Egy információkban hiányos történet olyan bizonytalan helyzetet teremt, amelyet automatikusan megpróbálunk kerekébb történetté kiegészíteni, így projekciós felületként működik. Tovább facilitálja a projekciók beindulását a távolítás mozzanata, azaz, hogy a kiválasztott novella időben távolabbi (jelen esetben az 1930-as években zajló) eseményt mutat be. A novella egy nőbeteg-ről szól, akit valamilyen daganat miatt megoperálnak. Ennyi információ van a betegségről. A férjéről azt tudjuk meg, hogy aggódik a szövettani vizsgálat miatt, a feleségről pedig csupán azt, hogy rosszul érzi magát attól, hogy a műtét utáni ébredéskor egyedül van. Szerepelnek még a történetben a főszereplőért aggódó nagyszülők, továbbá egy jelenet a beteg férje és az operációt végző orvos között.

A novellával kapcsolatos asszociációk, a betegséggel és a beteggel kapcsolatos attribúciók, viszonyulások és sztereotípiák feltárásához önkitaltós kérdőívet szerkesztettünk. A 23-tételes, nyitott kérdéseket tartalmazó kérdőív kérdései azt a projekciós folyamatot segítik, illetve fedik fel, ahogy a novella szereplői és számai konkrét fantáziává válnak a válaszadóban. A kérdések az operáción átesett beteggel, annak betegségével és hozzátartozóival, illetve kezelőorvosával kapcsolatosak, tehát a betegséggel, a betegszereppel és a gyógyító szereppel kapcsolatos reprezentációkat vizsgálják. A történetre vonatkozó fantáziákat időben is kitágítottuk: rákérdeztünk a kórházba kerülést megelőző eseményekre, továbbá a jövőbeli, kórházon belüli és kívüli eseményekre is. Külön csoportot képeztek a válaszoló saját érzéseire vonatkozó kérdések: a főszereplővel és a kezelőorvossal kapcsolatban, illetve a novella egésze kapcsán. A válaszokat a válaszadók neme és szakja szerinti bontásban elemeztük.

A novellának, illetve a kérdőívnek kidolgoztuk a módosított változatát is: ebben a főszereplő beteg nem nő, hanem férfi (és a jelenetet, amely az

eredeti novellában a férj és a főorvos közt zajlik, most a feleség és az orvos találkozására írtuk át). Csak néhány változtatásra volt szükség: a „Szankó Bálintné” nevet „Szankó Bálintra” cseréltük, illetve értelemszerűen a „feleség” helyett „férjet” írtunk. Ezzel a változtatással a betegszerep nemi vonatkozásának függő tényezőit kívántuk feltárni. A válaszadók egyik csoportja az eredeti, női főszereplővel játszódó novellát hallgatta meg, míg a másik csoportnál férfi volt a protagonista. A novellát a vizsgálatra önként jelentkező egyetemi hallgatók csoportjainak olvastuk fel, minden esetben egyetemi, tantermi környezetben, de tanórán kívül.

A kérdőívet 313 vizsgálati személy töltötte ki, 223 nő és 90 férfi (vö. a pszichológushallgatók túlnyomó része nő). A novella eredeti változatát (női főszereplővel) 183 alkalommal, a módosítottat (férfi főszereplővel) 130 esetben használtuk. A válaszadásban 189 I. és III. éves debreceni orvostanhallgató és 124 I. és III. éves szegedi pszichológushallgató vett részt. A novellát egy vizsgálatvezető olvasta fel az egyetemi hallgatóknak, majd ezt követően töltötték ki a kérdőívet.

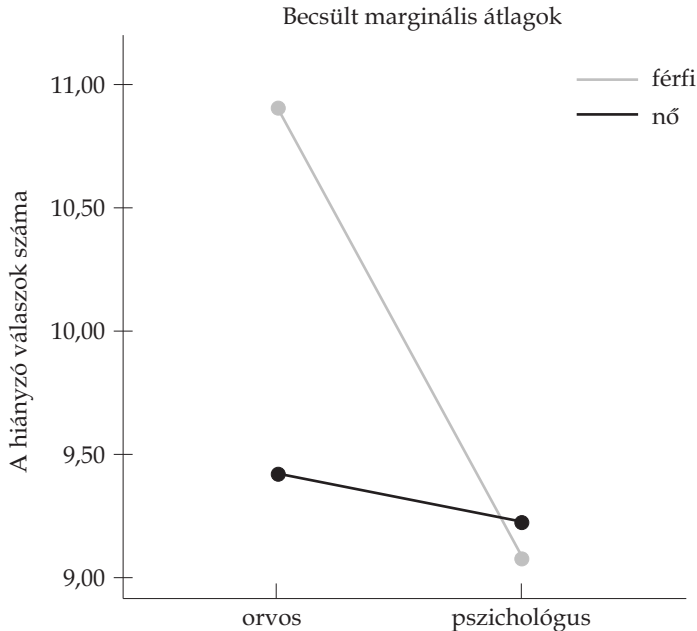
A felvett kérdőívek elemzésének első lépéseként a kérdőívek átolvasását, a releváns információk szelektálását, szűrését végezték el a szerzők. Ezt a szövegekben megjelenő reprezentációk meghatározása követte. A kérdőívek tartalomelemzését két független elemző végezte, majd egyeztettek eredményeiket, és ez alapján jöttek létre a tartalmi kategóriák. Összesen 31 eltérő kategóriát azonosítottunk, ebből 13 kategória a betegre (pl. életkor, foglalkozás, testsúly, ápoltság, exrtaverzió-introverzió, vágyak, félelmek, házasság, fontos emberek, a történet folytatása); 10 kategória a betegségére (pl. a probléma helye, etiológia fizikai/lelki/életmód, megelőző események, kórházi történés); 5 kategória a gyógyító szakemberre (pl. kor, belső tulajdonság, külső tulajdonság, kezeltené-e magát vele); 3 kategória pedig a válaszoló saját érzéseire vonatkozott. A kódolást két független kódoló végezte, majd a szerzők ellenőrizték. A kódolók közti interrater reliabilitás (Kappa) értéke 0,52–0,87 közötti tartományba esett. A vitás eseteket megbeszélték, majd konszenzusra jutottak.

Az adatrögzítés a meghatározott kategóriák szerint, a tartalmi kategóriáknak megfelelő bináris kódokkal történt. Az adatokat az SPSS és a LEM programcsomagokkal elemeztük. A felhasznált statisztikai eljárások varianciaanalízis, khi-négyzet próba, illetve log-lineáris elemzés voltak.

3. EREDMÉNYEK

3.1. A válaszhiány és a beteg nemének összefüggései

A férfi és női betegszerep reprezentációiban erőteljes különbség rajzolódott ki, amely már a válaszadási gyakoriság szintjén is megmutatkozott. Már a kérdőívek első átolvasása után nyilvánvaló volt, hogy jóval hiányosabb és kevesebb válasz született abban az esetben, ha a beteg neme férfi volt (tehát a férfi főszereplővel bemutatott novellánál). Az egy kérdőívre adott szavak száma férfitbeteg esetén átlagosan 53,2 volt, míg női beteg esetén 108,4. Továbbá, lényegesen kevesebb kérdésre válaszoltak, és az egyes kérdéseknél kevesebbet írtak a férfi válaszadók. Már ezen a szinten felmerült, hogy ebben az a szakirodalomból ismert, a fentiekben idézett jelenség tükröződhet – mind projekciós, mind pedig viselkedéses szinten –, hogy a férfiak általában kevesebbet beszélnek a betegségről (Addis és Mahalik, 2003). Ezt azonban statisztikai módszerrel is igazolni kívántuk. Ennek érdekében létrehoztuk a „hiányzó válasz” kategóriáját és megnéztük, hogy ennek a változónak az értéke az összes kategóriát tekintve függ-e a válaszolók nemétől, szakjától, illetve attól, hogy milyen nemű volt a beteg a betegségtörténetben.

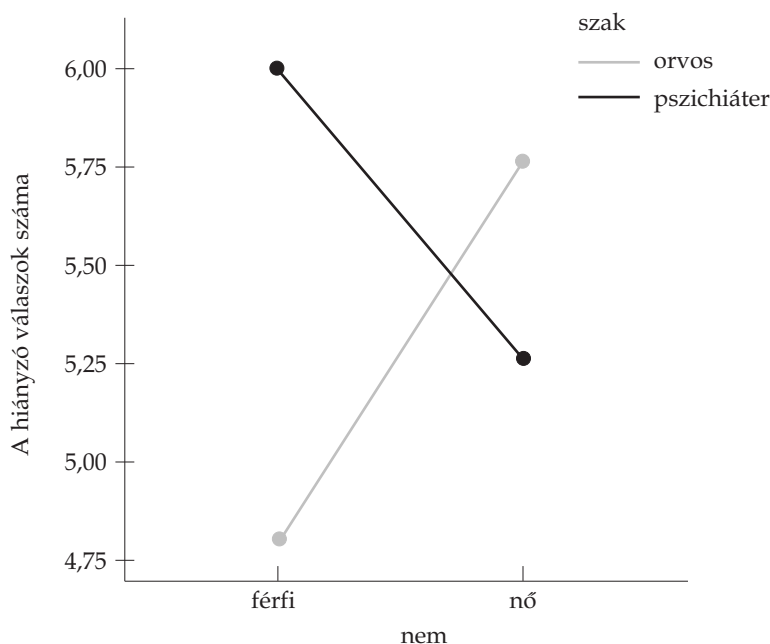


1. ábra. A hiányzó válaszok száma a válaszoló szakjától függően az összes kategória esetén

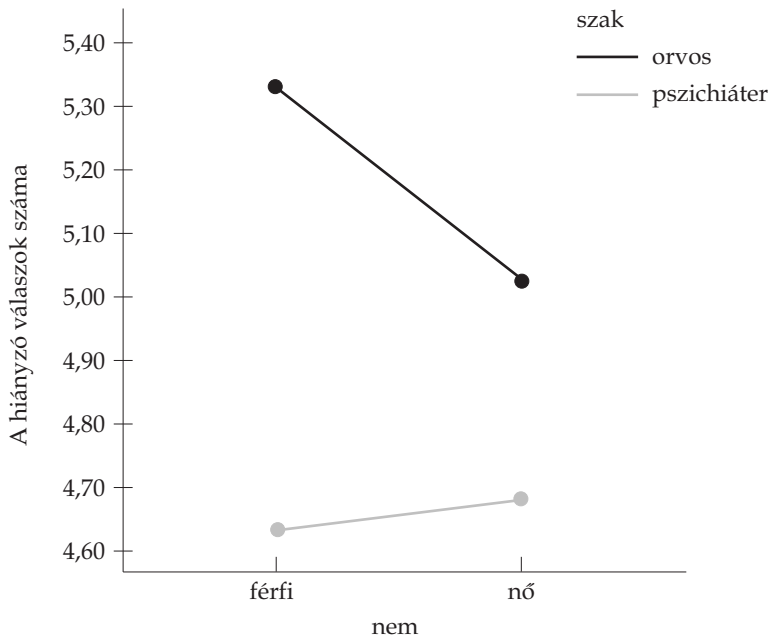
A használt eljárás a többszemponτος varianciaanalízis volt. Az eredmények szerint szignifikánsnak bizonyult a válaszadó neme és a szak interakciója [$p = 0,005$; $F(1,305) = 7,82$] és külön a beteg neme is [$p < 0,001$, $F(1,305) = 18,85$]. Ez azt jelenti, hogy a férfi orvostanhallgatóknál szignifikánsan többször fordult elő a válaszhány az összes változót tekintve, mint a másik három csoportnál (nőknél, illetve férfi pszichológushallgatóknál). A férfi orvostanhallgatóknál volt tehát a leggyakoribb a hiányos kérdőívki-töltés. Ezt mutatja be az 1. ábra.

Hasonlóképp jelent meg a *beteg nemének* hatása: szignifikánsan ($p < 0,001$) többször szerepel a „hiányzó válasz” kategória, ha férfitbetegről van szó (férfibeteg: 10,37 hiányzó válasz; női beteg: 9,03 hiányzó válasz). Ez azt jelenti, hogy a történet férfi főszereplőjének jellemzésekor inkább jellemző volt a válaszkihagyás, illetve az alacsonyabb válaszsám.

A „hiányzó válasz” kategória gyakoriságát külön összeszámoltuk azokra a változókra, amelyek a betegség hátterére, etiológiájára kérdeztek rá: a kórházba kerülést megelőző eseményekre, az etiológiai tényezőkre és a páciens életében jelenlevő „jelentős másokra”. Itt is megvizsgáltuk, hogy a hiányzó válaszok száma hogyan függ a válaszoló nemétől, szakjától, illetve a beteg nemétől. Eredményeink szerint a három független változó



2. ábra. A válaszoló nemének és szakjának összefüggése a hiányzó válaszok számával férfitbeteg esetén, a probléma etiológiáját tekintve



3. ábra. A válaszoló nemének és szakjának összefüggése a hiányzó válaszok számával női beteg esetén, a betegség etiológiáját tekintve

interakciója szignifikánsnak bizonyult [$p = 0,049$; $F(1,305) = 3,89$]. Az interakció pontosabb értelmezése céljából külön vizsgáltuk a nem és a szak hatását, előbb férfibeteg, majd női beteg esetén is. Amint a 2. ábrán láthatjuk, a történetben szereplő férfibeteg esetén a nem és a szak interakciója szignifikáns [$p = 0,001$; $F(1,126) = 11,243$].

A 3. ábra pedig azt mutatja, hogy női beteg esetén csak a szak hatása szignifikáns [$p = 0,024$; $F(1,179) = 5,15$]. Férfibeteg esetén az interakciók jelentése a következő: a férfi orvostanhallgatók alig adnak a betegség etiológiájára, élettörténeti beágyazottságára vonatkozó információkat. A női pszichológushallgatók pedig a férfiakhoz képest adnak kevesebb ilyen jellegű információt. Ha a bemutatott beteg neme nő, akkor általában az orvostanhallgatók, nemtől függetlenül kevésbé válaszolnak az ilyen típusú kérdésekre, mint a pszichológia szakos hallgatók.

1. táblázat. A probléma etiológiájára vonatkozó hiányzó válaszok száma

| A beteg neve | Orvos | | Pszichológus | |
|--------------|-------|------|--------------|------|
| | Férfi | Nő | Férfi | Nő |
| Férfi | 6,00 | 5,24 | 4,77 | 5,70 |
| Nő | 5,32 | 5,03 | 4,60 | 4,69 |

Végül megnéztük, hogy a beteg személyét leíró kategóriák – mint a foglalkozás, testsúly, ápoltság, önzés, magabiztosság, optimizmus – között milyen gyakori a „hiányzó válasz” kategóriájának előfordulása. Ebben az esetben külön van hatása a válaszadó nemének [$p = 0,003$; $F(1,305) = 9,05$], a szaknak [$p = 0,004$; $F(1,305) = 8,49$] és a beteg nemének [$p < 0,001$; $F(1,305) = 20,89$]. E szerint több a kihagyott válasz, ha férfi nyilatkozik (férfi: 3,58; nő: 3,12), ha orvostanhallgató nyilatkozik (orvostanhallgató: 3,57; pszichológushallgató: 3,13), illetve ha férfitetegről nyilatkoznak (férfibeteg: 3,7; női beteg: 3,0).

A fenti eredményeket összefoglalva megállapítható, hogy a férfitbeteg jóval egységibb és szegényesebb karakterként jelenik meg a válaszadók fantáziájában és kevesebb projekciót vonz. Továbbá, férfi és női beteg esetén is a beteg nemének szignifikáns kapcsolatát találtuk az életkorral (35 alatt/felett, $\chi^2 = 11,9$; $df = 1$; $p = 0,001$), foglalkozással (nincs utalás / adminisztrátor / inaktív / értelmiségi / szolgáltatóipar / fizikai munkás, $\chi^2 = 78,5$; $df = 5$, $p < 0,001$), testsúllyal (nincs utalás / sovány / közepes / túlsúlyos, $\chi^2 = 5,9$; $df = 2$; $p = 0,05$), magabiztossággal (nincs utalás / bizonytalan, $\chi^2 = 3,94$; $df = 1$; $p = 0,047$), az etiológia-lelki tényezőkkel (nincs utalás / egyéni stressz / családi stressz, $\chi^2 = 8,7$; $df = 2$; $p = 0,013$), és a kórházba kerülést megelőző eseményekkel (nincs utalás / családi probléma, $\chi^2 = 6$; $df = 1$; $p = 0,014$) kapcsolatos reprezentációkkal. A khi-négyzet-próba eredményei segítségével most próbáljuk megrajzolni előbb a férfi, majd a női páciens képét.

2. táblázat. A leíró jellegű hiányzó válaszok száma

| A hallgató neve | | A hallgató szakja | | A beteg neve | |
|-----------------|------|-------------------|--------------|--------------|------|
| Férfi | Nő | Orvos | Pszichológus | Férfi | Nő |
| 3,58 | 3,12 | 3,57 | 3,13 | 3,7 | 3,04 |

3.2. A férfi páciens képe

A válaszadók egy 35 év alatti (72,3%), sovány, bizonytalan férfit látnak, akit valamilyen tumor miatt megoperálnak. Foglalkozását tekintve értelmiségi (35,4%), irodai alkalmazott (19,2%) vagy fizikai munkás (23,8%). Tipikusnak tekinthető az alábbi szűkszavú válasz, amely jól tükrözi az elképzelt beteg „színtelen” jellegét: „Kb. 30 éves. Szakmunkás. Egyszerű ember.”

A férfibeteg esetében leginkább a stresszt tekintették kiváltó tényezőnek (32,3%), és a válaszolók 16,9%-a valamilyen viselkedéses rizikófaktort (dohányzás, helytelen táplálkozás) is feltételez. A kórházba kerülést megelőző eseményekről annyit tudunk, hogy a válaszolók 73%-a szerint a megbetegedést nem előzte meg semmilyen családi probléma. A férfiaknak tulajdonított stressz hátterében a munkahelyi túlterheltséget nevezik meg jellemző módon: „Egy nagy építkezésen dolgozik épületgépészként, éjszaka is dolgozik, nincs ideje sem enni, sem pihenni. Az építkezés minden terhe rá hárul. Ha hazamegy, ott is helyt kell állnia, segíteni a házimunkában, a gyereknevelésben.”

Loglineáris modellillesztéssel megvizsgáltuk, milyen kapcsolat van a válaszoló szakja, a beteg neme és a kórházi történet között. A hármasszignifikánsnak bizonyult (a hármasszignifikáns interakció nélküli modell nem illeszkedik, $\chi^2 = 12,88$; $df = 3$; $p = 0,005$), azaz az orvosoknál a beteg neme nem úgy befolyásolja a választ, mint a pszichológusoknál. Az orvostanhallgatók 71%-a szerint, ha a férfit a kórházban meglátogatja a családja, utána sokkal jobban érzi majd magát, és pozitívan folytatódik a kórházi

3. táblázat. A kórházi események alakulása a beteg nemének és szakjának függvényében

| | | | | Kórházi történet | | | | | | | |
|------|---------|--------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|---------------------------|-------|------------------------------|-------|
| | | | | Nincs rá utalás | | Elégedetlen marad | | Jóban lesz a szobatárssal | | Bemegy a család, + kimenetel | |
| | | | | Gyakoriság | sor % | Gyakoriság | sor % | Gyakoriság | sor % | Gyakoriság | sor % |
| Szak | Orvos | A beteg neme | Férfi | 3 | 9,7% | 3 | 9,7% | 3 | 9,7% | 22 | 71,0% |
| | | | Nő | 10 | 13,5% | 25 | 33,8% | 10 | 13,5% | 29 | 39,2% |
| | Pszich. | A beteg neme | Férfi | 5 | 12,8% | 9 | 23,1% | 6 | 15,4% | 19 | 48,7% |
| | | | Nő | 0 | ,0% | 5 | 16,1% | 5 | 16,1% | 21 | 67,7% |

élete. Pszichológushallgatók esetén a helyzet épp fordított: női páciens esetén gondolnak a történet pozitív kimenetelére. Az orvosok női beteg esetén csak 39%-ban gondolják azt, hogy a család látogatása pozitívan befolyásolja a páciens állapotát. Közel ugyanennyien úgy vélik, hogy a család látogatása ellenére a nő továbbra is elégedetlen marad (3. táblázat). Amint később bemutatjuk, a nőnél ez jelzi a családi kapcsolatok fontosságát. A férfi páciensnél pedig a családi kapcsolatok hiányára, esetleg a konfliktusok hátrítására következtethetünk az eredményekből.

Figyelemre méltó, hogy bár a történetben szereplő tünet (daganat) sem a hazai szakmai, sem a laikus közvélekedésben nem tartozik az elsősorban pszichoszomatikus hátterűnek gondolt betegségek közé – legalábbis erre utalnak korábbi, laikusok és szakemberek reprezentációival kapcsolatos kutatásunk eredményei, ld. Kende és mtsai, 2005 –, a válaszokban tükröződő etiológiában nagyrészt pszichológiai és viselkedéses okokat neveznek meg a válaszadók. További fontos eredmény, hogy a tulajdonított okok közül kiemelkedik a munkahelyi stressz. Érdekes megemlíteni, hogy ez az attribúció már a 19. század óta a legtipikusabb magyarázat volt a férfiak „orvosilag nem magyarázott” tüneteire (Shorter, 1993; Csabai, 2007). A nőknél ezeket a nem magyarázott tüneteket családi és érzelmi konfliktusoknak tulajdonították – és tulajdonítják sokszor ma is, amint elemzésünk későbbi részében bemutatjuk. A hiányos tünetbemutató – a pontos diagnózis és kórtörténet hiánya – tehát a válaszadókban az orvosilag nem magyarázott, „szomatizációs” tünetegyüttes és pszichoszomatikus betegségek képét iniciálja, és annak megfelelő, több mint száz éve velünk élő kulturális sztereotípiákat mozgósít. A szomatizációra jellemző egyéb jegyek – gyakori tünetészlelés, panaszkodás, orvoshoz fordulás – azonban nem jelennek meg a férfibeteg jellemzésében.

Ismét érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy a férfibeteggel kapcsolatos gyakoribb válaszhiányban, a szegényesebb leírásban is jól tükröződik a férfiak tünetekkel kapcsolatos elvárt viselkedése: a panaszkodás hiánya, a tünetek részletes, érzékletes leírásának képtelensége. Rendkívül fontos, hogy ebben a teszthelyzetben a válaszadó hallgatóknál projekciós mechanizmussal születik meg ez a válasz. Ez arra utalhat, hogy a férfi páciens viselkedésének általános sztereotípiáját értük itt tetten, amely feltehetőleg a legkülönbözőbb betegségtörténetek exponálásával kiváltható, és egyaránt jellemző orvosi és pszichológiai tanulmányokat folytató vizsgálati személyekre.

3.3. A „szomatizáló” nő képe

A novella alapján elképzelt nőbeteg képe a férfival szemben meglehetősen komplex. Egy 35 év körüli, sovány, vonzó (35%), inaktív (25%) vagy szolgáltatóiparban dolgozó nő (24%), aki introvertált, bizonytalan (51%), depressziós és elégedetlen, vélt problémák miatt kapcsolatban is magányosnak érzi magát, fizikailag pedig nőgyógyászati problémával küzd, de konkrét panaszai mögött nem húzódik meg komolyabb betegség. A nőbeteg képét bizonyos tulajdonságok konzekvens együttjárása adja: ilyen együttjárást találtunk az ápoltság és a nőgyógyászati probléma ($\chi^2 = 10,6$; $df = 4$; $p = 0,03$), valamint a vonzó külső és a történet pozitív kimenetele ($\chi^2 = 12,8$; $df = 5$; $p = 0,025$) között. Ezen együttjárások, kapcsolatok azt mutatják, hogy egy vonzó nőnek ha egyáltalán tulajdonítanak valamilyen betegséget, az leginkább nőgyógyászati probléma lesz, illetve egy vonzó nő betegségtörténetének, további életének alakulását inkább gondolják pozitívnak.

Továbbá kapcsolatot találtunk a magánytól való félelem és az önzés ($\chi^2 = 13,5$; $df = 6$; $p = 0,036$), illetve a történet negatív folytatása és az önzés ($\chi^2 = 20,3$; $df = 10$; $p = 0,026$) között. Ez úgy értelmezhető, hogy a másokra is figyelni tudó nő esetén sokkal ritkább a magánytól és a szeretethiánytól való félelem előfordulása. Egy csak önmagára figyelő nő esetén sokkal valószínűbb, hogy nem tud változtatni a sorsán, vagy nem eldönthető a válaszadó számára, hogy lesz-e változás a nőbeteg életében. A válaszok azt tükrözik, hogy a hallgatók szerint a női stressz hátterében leginkább depresszió és házassági problémák húzódnak meg: „Rossz házasságban él, a férje elhanyagolja, nem törődik vele. Lehet, hogy erre való reakcióként alakultak ki nála a hipochonder tünetek.” / „Nyomasztó dolgok történtek vele, megromlott a házassága, kimerültté, depresszióssá vált.” A magyar népesség lelkiállapotát vizsgáló országos reprezentatív felmérések szintén kiemelik, hogy a fiatal nők egyik legsúlyosabb egészségügyi problémája a depressziós tünetegyüttes (Purebl és Balog, 2008). Nagyon fontos felhívni a figyelmet arra, hogy míg a válaszadók a férfibetegnél elsősorban munkával kapcsolatos problémákat láttak a betegség hátterében feltételezett stressz okaként, addig a nőnél ezt inkább a család keretébe és interperszonális közegbe helyezték. A férfibeteg tehát inkább független, a családon kívüli szerepben (dolgozóként), míg a nő a családi konfliktusok részeként, vagy függő személyként jelenik meg a reprezentációkban: „.....nem tanult meg egyedül lenni, másoktól függ a saját szubjektív jólléte.” Feszültségei, ha egyéniek is, párkapcsolati vagy érzelmi problémákból erednek, nem pedig a munkából, mint a férfiaknál. Tovább árnyalja a képet, hogy leg-

4. táblázat. A kórházba kerülést megelőző események és a beteg nemének kapcsolata

| | | Megelőző események | | | | | |
|-----------------|-------|--------------------|-------|--------------------------|-------|---------------------|-------|
| | | Nincs rá utalás | | Konkrét fizikai panaszok | | Sűrű orvoslátogatás | |
| | | gyakoriság | sor % | gyakoriság | sor % | gyakoriság | sor % |
| A beteg neme | Férfi | 90 | 69,2% | 36 | 27,7% | 4 | 3,1% |
| | Nő | 67 | 36,6% | 96 | 52,5% | 20 | 10,9% |

inkább a női válaszadók voltak azok, akik ezt a kategóriát, mint a betegség hátterében álló okot említették.

A családi konfliktusok erejét a nők esetében mutatja az is, hogy a válaszadók elképzelése szerint a női beteg állapotán a család látogatása nem javítana, a férfién viszont igen. További kiemelésre érdemes, hogy a daganat okaként viselkedéses rizikófaktorokat – a beteg saját felelősségét – is inkább csak a férfi főszereplőnél említik a válaszadók. A nők elsősorban saját érzelmeik és családi, interperszonális konfliktusaik áldozataiként jelennek meg a reprezentációkban.

Amint a 4. táblázatban látjuk, a válaszadók szerint a kórházba kerülést megelőzően a nőbetegnek gyakran voltak testi panaszai és többször járt orvosnál ($p < 0,001$). A hallgatók majdnem kétszer annyi megelőző tünetet, és háromszor gyakoribb orvoslátogatást tulajdonítanak neki, mint a férfibetegnek. Ez a reprezentáció egybevág a nők statisztikailag is igazolt viselkedésével, azzal történetesen, hogy általában több tünetet észlelnek maguknál és gyakrabban fordulnak orvoshoz. Fokozott tünetpercepciójuk és gyakoribb orvoshoz fordulásuk a korai szocializációban, a tradicionális nemi és társadalmi pozícióban gyökerezik, de a szüléssel és a menstruációval kapcsolatban biológiai alapja is lehet (Kulcsár és Kökönyei, 2004). A novellában megjelenő hiányos tünetbemutató tehát a női főszereplő esetén teljes mértékben előhívja a szomatizációval kapcsolatos tipikus reprezentációkat.

3.4. A betegség-elbeszélés felépítésének hatása a reprezentációkra

Többször utaltunk már arra, hogy a tünetbemutató, a betegségtörténet szerkezete hatással van a betegséggel kapcsolatos értelmezésekre. Vizsgálatunk szempontjából jól alkalmazható Nettleton és munkatársai (2005) modellje, melyben a betegség narratívumok struktúráján keresztül próbálták tettenérni a szomatizáció kialakulását befolyásoló tényezőket. Háromféle betegség-narratívumot mutatnak be. A „helyreállító narratívumban” az egyén beteg lesz, betegszerepe elfogadott, segítséget keres és kap, végül

meggyógyul. A „kereső” narratíva egy olyan történetet vázol fel, ahol az illető a betegség által metaforikus utat jár végig, melynek eredményeként a betegségből való felgyógyulással nagyobb önismeretet nyer. A „kaotikus” narratívumban hiányzik a koherens struktúra, nincs meghatározott kezdete és vége a betegség történetének, a történet fragmentált.

Érdemes megfigyelni, hogy a jelen kutatásban, amikor arra kértük a válaszadókat, hogy írják le, milyen további történések várhatók a kórházban, a női főszereplővel kapcsolatban gyakrabban jelent meg a „helyreállító” és a „kereső” narratívum is (bemegy hozzá a család és jobban lesz, illetve jó kapcsolatot alakít ki a szobatársával), és többször kaptunk a „kaotikus” narratívumba illeszkedő történetbefejezést is, mint a férfibetegnél (a beteg „elégedetlen marad”, vagy a válaszadó nem mondja meg, mi történik) (vö. 3. táblázat). A férfibeteggel kapcsolatban inkább a „helyreállító” narratívum volt a jellemző, tehát az, hogy bemegy hozzá a család, és jobban lesz. Ez azért érdekes, mert a fragmentált, „kaotikus” kommunikációs stílust a nőbetegek jellemzőjeként írják le (pl. Foss és Sundby, 2003). Továbbá, a szomatizáló betegek történetei között feltűnően sok kaotikus narratívájút találtak különböző vizsgálatokban, így saját korábbi felmérésünkben is (Ring és mtsai, 2005; Szili és Borgos, 2006). A kaotikus narratíva sokszor értelmezhetetlen, az orvosoknak és a környezetnek egyaránt megterhelő (Pilling és Cserhádi, 2008). Ez is egyik oka lehet annak, hogy a nők tüneteit sokszor hajlamosak bagatellizálni, hárítani a szakemberek, illetve hogy a velük való kommunikációt konfliktusosabbnak látják. Ennek egyik oka, hogy – amint vizsgálatunk is valószínűsíti – a nők többet beszélnek, és ennek során többféle narratív szerkezetet is használnak az egészségügyi szakemberekkel való kommunikáció során. Kutatásunk eredményeinek ezen, elbeszélés-szerkezeti szempontból való részletes vizsgálata meghaladta volna a jelen dolgozat kereteit. Itt csupán felhívni szeretnénk volna a figyelmet erre a lehetséges értelmezési keretre. A felszíni elemzés szintjén megmutatkozó eredmények ráirányítják a figyelmet arra, hogy érdemes folytatni a kutatásokat ezen a téren.

4. MEGBESZÉLÉS

Érdekes látni, hogy a kizárólag fizikai tünetre (daganat) utaló novella ellenére a válaszadók a probléma etiológiai faktoraként döntő részben stresszt, depressziót, házastársi konfliktust, elhidegülést, magányt, tehát élethelyzeti és személyiségszintű problémákat vélnek felfedezni a betegség mögött. A férfi páciens esetén inkább pszichologizáló attribúciós stílus jellemzi őket, de megjelennek a szomatizációval kapcsolatos reprezentációk is. Fő-

ként a nőbeteg esetén volt azonban jellemző, hogy a konkrét operáción átesett főszereplő képét egy szomatizáló beteg képére színezték át. Ennek oka feltételezésünk szerint a szomatizációval kapcsolatos nemi sztereotípiákban, továbbá a betegséggel kapcsolatos információk hiányában és a történet szerkezetének fragmentáltságában ragadható meg.

A vélemény- és diagnózisalkotás folyamatában meghatározó tényező, hogy milyen a tünetbemutatás, milyen az információk szerkezete. Jelen esetben kevés, de konkrét információ (jóindulatú daganat, sikeres operáció) volt a betegségről. Korábbi, szomatizációval kapcsolatos kutatásunkban viszonylag sok tünet jelent meg egy fiktív betegségmonológban, melyet a DSM-IV R „szomatizációs zavar” leírása szerint konstruáltunk, de nagyon diffúzan elbeszélve (Kende és mtsai, 2005). Mindkét eset jó alapnak bizonyult a projekcióhoz, méghozzá egy pszichoszomatikus történet létrehozásához. Tehát összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy ha kevés, vagy nem eléggé strukturált az információ, pszichologizáló értelmezések, illetve a szomatizációval kapcsolatos attribúciók indulnak be, amelyekbe beépül egy sor előítélet, kulturális sztereotípia is. Ezek közül kiemelkednek a nemi sztereotípiák. Korábbi kutatásunkban beigazolódott, hogy a szomatizáló betegre jellemző tünetbemutatást döntően nőknek tulajdonítják a laikus vizsgálati személyek és a szakemberek egyaránt. Most azzal kapcsolatban szereztünk bizonyítékokat, hogy ha a beteg neme nő, az nagyobb eséllyel indítja be a szomatizációs attribúciókat. A nőiséggel kapcsolatos sztereotípiák aktiválódását és a szomatizációs stílus projekcióját segíti még, ha a tünetleírás hiányos, és nagyobb tere van a szubjektív asszociációk, fantáziák projekciójának.

Az eredmények elsősorban az orvos-beteg, terapeuta-páciens kapcsolatokban játszott szerepük szempontjából fontosak, ugyanis a vélemény kialakulása tekintetében alig találtunk különbséget a pszichológus- és orvos-tanhallgatók között. Ez a hasonlóság különösen annak fényében érdekes, hogy a pszichológusok és orvosok egészen másfajta szocializációs folyamaton mennek keresztül képzésük során, illetve hogy a szakemberek nagyobb és másképp felépülő tudással rendelkeznek a betegségeket illetően, mint a laikusok. A pszichológus- és orvostanhallgatók reprezentációi közötti hasonlóságok (pszichoszomatikus etiológia, nemi sztereotípiák) abból is adódhatnak, hogy ebben az időszakban, az egyetemi években még erősebbek a kulturális reprezentációk és a nemi sztereotípiák hatásai, mint a szakmaiak, még határhelyzetben vannak a szakmai és laikus státusz között. Másfelől viszont ismét megerősödik, hogy a szakmai és a laikus reprezentációk közt jóval több a hasonlóság, mint azt a felek gondolnák.

A nemekkel kapcsolatos sztereotípiák hatása igen erős a szakemberek tünetértelmezésére, de a betegek tünetbemutatására és betegségmagatar-

tására is. Ennek óriási jelentősége van a gyakorlati alkalmazások, a gyógyítás terén pro és kontra. A nők tünetbemutatása részletesebb, többet foglalkoznak a tüneteikkel, gyakrabban járnak orvoshoz, viszont több is velük kapcsolatban az előítélet. Tehát joggal feltehetjük a kérdést, ki jár jobban? Foss és Sundby (2003) felmérése szerint a kórházi személyzet általában pozitívabban nyilatkozik a férfibetegekről, a férfi osztályokon jobb a hangulat és kevesebb szó esik a betegségről. A női páciensek elégedetlensége valószínűleg abból is következik, hogy negatívabban és több előítélettel közeledik feléjük a gyógyító személyzet. Mivel a női beteg több időt igényel, több információt és kontrollt akar a kezelését illetően, ez az orvosok jelentős részét zavarja, pedig mindez azt is jelenti, hogy a nőket sokkal jobban bevonhatnák a terápiás döntéshozatalba, ami a sikeres kezelés és gyógyulás egyik előfeltétele és növelheti a páciens ellátással való elégedettségét is.

Összefoglalásként tehát megállapítható, hogy a betegség-reprezentációk alakulásában kiemelkedő szerepet töltenek be a hagyományosan velünk élő – és nem feltétlenül tudatosuló – kulturális beidegződések, sztereotípiák, ezek közül is a „nőies” és „férfias” betegségmagatartással kapcsolatos előítéletek. Ezek különösen azokban az esetekben fejtik ki hatásukat, ha a betegséggel kapcsolatos információk hiányosak vagy nem megfelelően strukturáltak. A kutatás fontos gyakorlati konzekvenciája, hogy mind a laikusokat, mind a szakembereket (orvosokat és pszichológusokat) segíteni kellene abban, hogy pontosabb, részletesebb, jól strukturált anamnézisek – a páciens személyes történetébe jól illeszkedő betegségtörténetek – hangozzanak el a rendelőkben. A kutatás lényeges üzenete, hogy a szakemberek számára ezt a pályaszocializáció során, a pszichológus- és orvosképzésben kell megalapozni.

MELLÉKLET

Nagy Lajos: A Beteg

Valahol, vidéki városkában jár a postás. Valahová, egy kávéházba, bead egy levelet. Pestről érkezett, felbontja a címzett, és elolvassa: „Ilonkát tegnap megoperálták,, Holnap megint írok, akkorra talán már többet tudok...”

Itt Pesten, egy lakásban, cseng a telefon, egy asszony leemeli a hallgatót, s megindul a beszélgetés: „az operáció sikerült, de még nem tudni, hogy...”

A klinika bejárata előtt autótaxi áll meg. Öreg házaspár mocorog ki be-

lőle, nyolcvanon felül járhatnak mind a ketten. Az öregasszony a sofőrre pillant, az elérti: „Egynyolcvanöt” – mondja. Az öregúr a markában szorongatott kétpengőst odanyújtja a sofőrnek: „A többit tartsa meg!” Most megfogja az öregúr a felesége kezét, igen, a kezét és nem a karját, befordulnak a kapun, kéz a kézben, mintha két kistestvér lennének, s a kapus fülkéjéhez totyognak: „Szankó Bálintnéet keressük...” „Az unokámat” – toldja meg magyarázólag az öregasszony, és görcsösen szorítja az ura kezét. A kapusnak nem kell felütnie a mutatókönyvet, hiszen két nap óta szakadatlanul Szankó Bálintné után érdeklődnek tőle: „Bé pavilon, első emelet, ötös szoba.” A kapus kilép a fülkéből, kezével mutatja az irányt. „Köszönjük” – mondják az öregek egyszerre; az öregúr aprópénz után kutat a zsebében, aztán azt gondolja: „majd holnap”. És megindulnak, megint csak kéz a kézben, a B. pavilon felé. „istenem, csak Ilonkának ne legyen valami baja” – sóhajt az öregasszony. „nincs komoly baja, nem érted? Nem is lehet!” – mordul a feleségére az öregúr, de olyan szigorú meggyőződéssel, hogy az magabiztatásnak is beillik.

Gallus tanár a szobájában ül, előtte halvány férfi áll, rogyadoznak a térdei.

– Még nem tudok semmi bizonyosat, de...nem hiszem, hogy rosszindulatú lett volna a daganat – mondja a tanár.

– Tanár úr, könyörgöm, az igazat akarom tudni.

– Azt hiszi? Én kételkedem ebben. Maga, fiam, valami vigasztalót szeretne hallani.

– Igen. De... a leglesújtóbb bizonyosság is jobb, mint ez a kétségbeejtő bizonytalanság.

– Nono! Lásza, én ezt is másképp gondolom. De majd... mindjárt meglátjuk, talán már elkészültek a szövettani vizsgálatokkal.

Szankó Bálintnak hideg fut végig a hátán.

– Addig is üljön le! – ezt szinte vezényelte az orvostanár. És még utána mormolta csak úgy magának: Milyen gyenge idegzetű emberek!

A tanár füléhez emelte a telefon kagylóját, megnyomott egy gombot. Szankó már ült, de megkapaszkodott a szék karfájában. Előrehajolt, a szája mozgott, hangtalanul beszélt magában: Istenem, istenem, csak most az egyszer segíts!

A laboratóriumban Kovács doktornő éppen a kezét mosta. Egy perccel előbb fejezte be a vizsgálatát a bé pavilon elsőemeleti ötös betegnek, illetve a kioperált részből szelt metszetnek. Vidám kis dalt dúdolt. Nem érdekes az eset. Mint kutató, jobban szereti a komplikációkat, de mivel mégiscsak egy ember reménye, üdve, élete fűződött a vizsgálat eredményéhez,

hát örül, hogy az eset érdektelen. A lelet „negatív”. Hála istennek, szegény asszonykát a félelmen kívül nem érte más baj.

A telefon berreg, a doktornő abbahagyja a dúdolást, de a kezét tovább mossa s csak amikor már meg is törölközött, akkor lép a készülékhez:

– Halló!

– Itt Gallus. Kész a szövettani vizsgálat a bé első emeleti ötről?

– Jó napot, tanár úr, a vizsgálatot éppen most fejeztem be. Negatív.

– Köszönöm – s a tanár máris letette a hallgatót.

Enyhe mosollyal fordul a reszkető férjhez:

– Nincs komoly baj. A felesége tíz nap múlva, minden valószínűség szerint, már haza is mehet.

– Köszönöm tanár úr – hálálkodik Szankó –, kedves, jó tanár úr!

És Szankó a tanárhoz lép, megragadja a kezét, s ha a tanár el nem húzza, talán még meg is csókolja.

– Nem kell mindjárt úgy megijedni – mondja a tanár szinte feddően és... már más betegére gondol, aki a földszinti közösből fekszik, s ma reggelre minden látható ok nélkül lázas lett.

A tálalóban az ápolónő kakaót főz az ötös szobában fekvő betegnek. Igen, az orvos úr éppen az imént figyelmeztette, hogy a beteget jól kell táplálni... Az ötös szobában még két ágy van. Az egyesén egy frissen operált beteg fekszik, még csak most ébredszik a narkózis kábulatából. Felnyitja a szemét, első tekintete a kettesre esik. Sorstársa, gondolja, vajon hogy van? A hármasházban fiatal lány ül. Ő már holnap elhagyhatja a klinikát, tegnapelőtt vették ki a manduláját, sebe szépen gyógyul, mehet.

Szankóné lassan megemeli a fejét, körülnéz. A lányka megkérdi:

– Hogy érzi magát?

– Köszönöm – feleli Szankóné halkán.

– Fájdalma nincs?

– Most nincs. Nem érzek semmit, csak kissé gyenge vagyok. Ó-ó!

– Talán mégis fáj valamije.

– Nem, nem, csak... el vagyok keseredve.

– Miért?

– Hát ... tudja, ilyenkor eszmél rá az ember, hogy milyen egyedül van a világon. Nem törődik velem senki. A férjem nincs itt. Isten tudja, hol kószál. Itt hagyják az embert egyedül, amikor halálos beteg... A nagyszüleim sem jöttek el, pedig várom őket. Már itt lennének, ha az első vonattal indultak volna... az ápolónő sincs itt soha. Az orvost meg csak vizitkor látom...

– Mindjárt vizit lesz. a tanár úr is bejön. Ó, én imádom a tanár urat. Nem

is fájt, amikor lecsípte a mandulámat. A tanár úr tegnap össze is szidott, mert beszéltem.

– Ó-ó – és Szankóné nyugtalanul néz körül, mintha valamit keresne, mintha fel akarna kelni.

– Tessék csak nyugodtan maradni. Nem szabad mozognia. Ha valami-
re szüksége van, szívesen segítek. Parancsol valamit?

– Igazán kedves maga. Milyen csodálatos. Egy idegen. Mások meg nem
törődnek velem. Mintha már nem is lennék. Talán már eszükbe sem ju-
tok...

IRODALOM

- Addis, M., Mahalik, J.R. (2003): Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58 (1): 5–14.
- Arksey, H. (2008): Expert and lay participation in the construction of medical knowledge. *Sociology of Health and Illness*, 16 (4): 448–468.
- Aronowitz, R.A. (1998): *Making sense of illness. Science, society and disease*. Cambridge University Press, Cambridge
- Bishop, G.D., Briede, C., Cavazoz, L., Grotzinger, R., McMahon, S. (1987): Processing illness information: the role of disease prototypes. *Basic and Applied Social Psychology*, 8: 21–43.
- Buda B. (1986): Akció – katarzis – empátia – encounter. In: Popper P., Komlósi P. (szerk.). *Pszichodráma*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 69–92.
- Creed, F., Barsky, A. (2004): A systematic review of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 391–408.
- Csabai M. (2007): *Tünetvándorlás. A hisztériától a krónikus fáradtságig*. Józsefvárosi Műhely Kiadó, Budapest
- Csörsz I., Szili K., Csabai M. (2008): Az orvossá válás „drámái”. Új módszer az orvos-beteg kommunikáció oktatásában. *Lege Artis Medicinae*, 18 (6–7): 252–255.
- Deroose, K.P., Rays, D.H., McCaffrey, D.F., Baker, D.W. (2001): Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *Journal of General Internal Medicine*, 16 (4): 218–226.
- Fletcher, R.J., Higginbotham, N., Dobson, A. (2002): Men's perceived health needs. *Journal of Health Psychology*, 7: 233–241.
- Foss, C., Sundby, J. (2003): The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Education and Counseling*, 49 (1): 45–52.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Huisman, H., Kolk, A.M. (1999): Gender differences in physical symptoms and illness behavior. A health diary study. *Social Science and Medicine*, 49 (8): 1061–1074.
- Hall, J.A., Roter, D.L. (1998): Medical communication and gender: a summary of research. *Journal of Gender Specific Medicine*, 1 (2): 39–42.
- Jenkins, J., Oatley, K. (2005): *Érzelmek*. Osiris, Budapest
- Kende A., Szili K., Csabai M. (2005): Laikusok és gyakorló orvosok nézetei a szomatizációról. *Mentalhigiéné és Pszichoszomatika*, 6 (1): 53–59.

- Kulcsár Zs., Kökönyei Gy. (2004): A szomatizáció biológiai modelljei. In: Kulcsár Zs., Rózsa S., Kökönyei, Gy. (szerk.). *Megmagyarázhatatlan testi tünetek*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 695–751.
- Meeuwesen, L., Bensing, J., van den Brink-Muinen, A. (2002): Communicating fatigue in general practice and the role of gender. *Patient Education and Counseling*, 48: 233–242.
- Nettleton, S., Watt, I., O'Malley, L., Duffey, P.H. (2005): Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. *Patient Education and Counseling*, 56: 205–210.
- Peters, S., Stanley, I., Rose, M., Salmon, P. (1998): Patients with medically unexplained symptoms: Sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Social Science and Medicine*, 46 (4–5): 599–565.
- Pilling J., Cserháti Z. (2008): Kommunikáció szomatizáló betegekkel. In: Pilling J. (szerk.). *Orvosi kommunikáció*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 210–226.
- Purebl Gy., Balog P. (2008): A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In: Kopp M. (szerk.). *Magyar Lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 584–592.
- Prior, L. (2003): Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health and Illness*, 25: 41–57.
- Ring, A., Dowrick, C.F., Humphris, G.M., Davies, J., Salmon, P. (2005): The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present a medically unexplained physical symptoms. *Social Science and Medicine*, 61: 1505–1515.
- Robbins, J.M., Kirmayer, L.J. (1991): Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21 (4): 1029–1045.
- Roter, D.L. (2001): How physician gender shapes the communication and evaluation of medical care. *Mayo Clinic Proceedings*, 76 (7): 673–676.
- Roter, D.L., Hall, J.A., Aoki, Y. (2002): Physician gender effects in medical communication. A meta-analytic review. *Journal of the American Medical Association*, 288 (6): 756–764.
- Rózsa S., Kó N., Krekó K., Unoka Zs., Csorba B., Fecskó E., Kulcsár Zs. (2008): A mindennapos testi tünetek attribúciója: A Tünetinterpretáció Kérdőív hazai adaptációja. *Pszichológia*, 28 (1): 53–80.
- Ruiz, M.T., Verbrugge, L.M. (1997): A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and community Health*, 51 (2): 106–109.
- Shorter, E. (1993): *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. The Free Press, New York
- Sleath, B., Rubin, R. (2002): Gender, Hispanic ethnicity and physician-patient communication about depression and anxiety in primary care. *Patient Education and Counseling*, 48: 243–252.
- Szili K., Borgos A. (2006): A laikus és tudományos diskurzusok párhuzamai: orvos-beteg kapcsolati és pszichoterápiás vonatkozások. *Pszichológia*, 26 (4): 347–364.
- Van den Brink-Muinen, A., van Dulmen, S., Messerli-Rohrbach, V., Bensing, J. (2002): Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practice. *Patient Education and Counseling*, 48 (3): 253–264.

CSÖRSZ, ILONA – SZILI, KATALIN – DEVECSERY, ÁGNES –
MÁTH, JÁNOS – CSABAI, MÁRTA

SYMPTOMS AND STORIES. THE EFFECT OF GENDER- STEREOTYPES ON THE INTERPRETATION OF SYMPTOMS

The construction of professional and lay opinions about diseases is not independent of belief-systems and stereotypes which are transmitted via cultural and social effects. In our research we examined how these appear in the symptom interpretations of psychology and medical students. Since representations make their effects indirectly, we examined them by a projective technique. We used a short story as a projective surface, and after the presentation of the original story with female protagonist we tested it with a male character, a male patient. We designed an open-ended questionnaire for the evaluation of the story, and administered it to 313 psychology and medical students. For the analysis of the answers, we used qualitative and quantitative techniques as well. The story which consisted an incomplete symptom-presentation, provoked more intensive associations in the case of the female patient. Respondents projected somatisation mechanisms on the „female” story and symptoms. The description of the male patient was less detailed. The gender difference was stronger than the professional background of respondents. Our study calls attention to the gender stereotypes which may influence diagnosis-making, mostly in case of incomplete or diffuse presentation of symptoms.

Keywords: symptom interpretation, projective technique, illness-narrative, gender stereotypes, somatisation