

Kende Anna\* – Szili Katalin – Csabai Márta

## LAIKUSOK ÉS GYAKORLÓ ORVOSOK NÉZETEI A SZOMATIZÁCIÓRÓL

Kutatásunk célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk, milyen diskurzív mintázatot követnek a szomatizációval kapcsolatban a laikusok és a gyakorló szakemberek elképzelései a mai Magyarországon, s hogy ezek a reprezentációk milyen viszonyban vannak egymással. A felmérés során 10 fókuszcsoport-beszélgetést szerveztünk Budapesten laikus résztvevőkkel, és 25 interjút készítettünk budapesti és vidéki orvosokkal. Kutatásunk eredményei rávilágítanak arra, hogy mind a szomatizációhoz köthető diagnózisok az etiológia, a terápia terén, mind a szomatizációra hajlamosító személyes és társadalmi összetevők szempontjából nagyon hasonló véleményen vannak a medicina képviselői és a laikus résztvevők. A hasonlóságok ellenére azonban egyik fél sem tartja sikeresnek a kommunikációt orvos és beteg között. Az orvosok véleménye szerint nagyon nehéz a páciensekkel elfogadtatni a betegség pszichoszomatikus okait, és ez megnehezíti a gyógyítást, ezzel szemben a laikusok úgy vélekedtek, hogy az orvosok nem vesznek tudomást a pszichoszomatikus okokról, ezért nem tudják helyesen kezelni a szomatizációs problémákat. Feltételezésünk szerint erre az ellentmondásra a szomatizáció és a szomatizációban érintett személyek szociális reprezentációja adhat magyarázatot, melyben a társadalom többféle előítélete is helyet kap.

**Kulcsszavak:** szomatizáció, pszichoszomatika, társadalmi reprezentáció, nők, tudományos és laikus diskurzusok

Az utóbbi években ismét a tudományos vizsgálódások előterébe került a szomatizáció sokat vitatott, nehezen megfogható jelenségköre. Míg az orvostudományi szakirodalomban ez elsősorban az „orvosilag nem magyarázott tünetek” kapcsán került újra a figyelem középpontjába, a szociálpszichológiában és általában a társadalomtudományokban a szomatizációs jelenségek kialakulásának és megélésének társadalmi-kulturális kontextusa iránt kezdtek érdeklődni (Nimnuan és mtsai 2001; Brown 2004).

Közismert, hogy a 20. században a pszichiátriai és pszichoszomatikus betegségekkel kapcsolatos felfogás számtalan változáson ment keresztül. Ezt leginkább a nómenklatúra, a DSM és a BNO változásain és a

---

\* Levelező szerző: Kende Anna  
MTA Pszichológiai Kutatóintézete  
1132 Budapest, Victor Hugo u. 18–22.  
E-mail: kendea@mtapi.hu

kórképek számának hihetetlen mértékű növekedésén keresztül követjük nyomon. Mára egyre több tudománytörténész, filozófus, szociálpszichológus, de újságírók is foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy a diagnózisok számának növekedése azt tükrözi-e, hogy egyre betegebb társadalmakban élünk, vagy pedig maguk ezek a diagnózisok „hívják elő” valamiképp a betegségeket (Wenegrat 2001). Nyugat-Európában az 1990-es években komoly társadalomtudományi és sajtóbeli nyilvánosságot kapott néhány olyan új betegség felfedezése, amelyek nem fértek be a meglévő pszichoszomatikus kategóriákba, és a társadalmi kiindulópontok elemzését sürgették. Ilyen volt például a krónikus fáradtság szindróma (Clarke és James 2003). Aktuális probléma továbbá, hogy a média és az Internet segítségével egyre több információ hozzáférhető mind a szakemberek, mind pedig a laikusok számára, ami azonban nem csak a tájékozottságot növeli, de a bizonytalanságot is az információk kontrollálhatóságával és megbízhatóságával kapcsolatban.

Ha a szomatizáció témájával kapcsolatos közleményeket tanulmányozzuk, azt látjuk, hogy rendkívüli eltérések vannak az egyes területek között, de a diszciplínákon belül is nagy a fogalmi és koncepcionális zűrzavar. A „szomatizáció”, „pszichoszomatika”, „konverzió”, „hisztéria”, „funkcionális”, „pszichogén” fogalmak, melyek a kérdéskör kutatásának száz éve során létrejött különböző megközelítéseket reprezentálják, a szakirodalomban ma mind jelen vannak, s használatuk gyakran nem tükröz semmiféle diszciplináris vagy szemléletbeli következetességet (Wesely 2001). Egyre többen hívják fel a figyelmet arra, hogy a klasszifikációs eltérések nem csupán a klinikusok és a kutatók között okoznak néha félreértéseket, de korunk információs társadalmaiban a laikusok egészségügyi információkhoz való igényének és hozzáféréseinek növekedtével problémákat okozhatnak az orvos–beteg kapcsolatban is.

## LAIKUS ÉS TUDOMÁNYOS DIAGNÓZISOK

### „Laikus esetelemzők”

Kutatásunk egyik célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk, milyen jellemző diskurzív mintázatot követnek a témával kapcsolatban a laikusok és a gyakorló szakemberek elképzelései a mai Magyarországon, s hogy ezek a reprezentációk milyen viszonyban vannak egymással. A felmérés egyik szakaszában 10 fókuszcsoport-beszélgetést szerveztünk Budapesten 62, újsághirdetésre jelentkező résztvevővel. Átlagéletkoruk 49 év volt, a legfiatalabb résztvevő 25, a legidősebb 73 éves volt. A beszélgetéseken 46

nő és 16 férfi vett részt. A másik szakaszban 25 strukturált interjút készítettünk budapesti és vidéki gyakorló szakemberekkel: 11 háziorvossal, 5 belgyógyással, 3 neurológussal, 2 osztályos orvossal és 1-1 kardiológussal, nőgyógyással, urológussal és klinikai pszichológussal.

A fókuszcsoportok résztvevőinek egy rövid beszámolót olvastunk fel, ahol egy személy, akinek a neve, kora és foglalkozása nem volt meghatározva, a tüneteiről, testi-lelki állapotáról beszél. (A fókuszcsoport interjúkon elhangzott esetet Függelékben közöljük.) A fiktív személy beszámolóját magunk konstruáltuk, a DSM-IV R „szomatizációs zavar” kategóriájának megfelelően, több klinikai esetleírás alapján. Az esetet valóságosként mutattuk be a résztvevőknek. Bár a kutatás a szomatizációval általános értelemben foglalkozott, az eset kapcsán azért választottuk a szomatizációs zavar diagnosztikus kategóriát, mert e konkrét példa jól modellálja a szomatizáció jelenségét, mechanizmusait. A fókuszcsoportok „esetelemző” csoportokként működtek, megegyezésre kellett jutniuk a személy korát, nemét, foglalkozását, életkörülményeit illetően, s véleményt alkotni állapotáról, annak lehetséges okairól, illetve a segítség módjáról. A csoportok átlagosan 60 percesek voltak. Az eset felolvasása után, még a beszélgetés megkezdése előtt a résztvevők egyénileg rövid írásos jellemzést adtak a „páciensről”. Ezeket, valamint az ülések hangfelvételét legépeltük, s ezek a szövegek kerültek elemzésre kvalitatív technikákkal.

A fókuszcsoport-résztvevők jellemzően az alábbi „diagnózisokat” adták a szomatizációs esetre, amelyeket az említés gyakorisága alapján rangsoroltunk:

1. Depresszió	24
2. Leleki betegség / lelki eredetű	18
3. Pszichoszomatikus betegség	16
4. Szomatikus (összes említés)	15
3. Hipocondria / képzelt betegség	13
7. Pánikbetegség	7

A jellemzően sokféle szomatikus panaszról beszámoló „páciens” elsősorban lelki betegnek tartották, s több olyan diagnózist is megemlégtettek, amelyeket a „szomatizációs zavar” igen bizonytalan kategóriájának alternatívájaként szoktunk használni a klinikai gyakorlatban (Creed és Barsky 2004).

*„Szerintem fájdalomfüggőség” (tanár, nő, 40 éves).*

*„Az ilyen szívinfarktusos tünetek alapján simán lehet pánikbeteg” (köztisztviselő, nő, 55 éves).*

A résztvevők által adott „diagnózisok” alapján az a benyomásunk keletkezhet, hogy a laikusok meglehetősen tájékozottak a témában, mint azt az alábbi idézetek is alátámasztják:

*„Elsősorban lelkileg beteg, nem szervileg. De ez is betegség. Minden pszichoszomatikus betegségnek ez a kiindulópontja” (pénztáros, nő, 56 éves).*  
*„Szerintem lelki természetű lehet, ami szervi betegségérzetekben jön elő” (külkereskedő, nő, 47 éves).*

Meg kell azonban jegyezni, hogy a fókuszcsoportokban az átlagnál valamivel magasabb iskolázottságú, önként jelentkező – tehát az átlagosnál talán érdeklődőbb, nyitottabb – személyek vettek részt, így csak azal kapcsolatban vonhatunk le következtetéseket, hogy ebben a társadalmi csoportban milyen reprezentációk jellemzőek.

### **Bizonytalanságok a diagnosztikus klasszifikációban**

Az orvosokkal készült interjúk kérdései arra vonatkoztak, hogy hogyan definiálják és miként alkalmazzák a mindennapi gyakorlatban a „szomatizáció” és „pszichoszomatika” kategóriákat, mit gondolnak ezek elterjedtségéről különféle szociodemográfiai szempontok szerint, mennyire tartják tájékozottnak ezzel kapcsolatban a betegeket, mit gondolnak arról, milyen tényezők befolyásolják ezeknek a kórképeknek a kialakulását és változásait. Az interjúk átlagosan 40 percesek voltak, s a fókuszcsoportokhoz hasonlóan a legépebb interjúkat kvalitatív elemzésnek vettük alá. Eredményeink sem a laikusok, sem a szakemberek mintájában nem tekinthetők reprezentatívnak, tájékoztató jellegű adatokként kezeljük őket, azonban fontos tendenciákra utalnak.

Az orvos-interjúk megerősítik azt a szakirodalomból ismert összefüggést, hogy a „szomatizációs”, „pszichoszomatikus”, „konverziós”, „hisztériás”, „funkcionális”, „pszichogén” fogalmakat a szakemberek meglehetősen rugalmasan alkalmazzák, sokszor egymás szinonimáiként. Az általunk megkérdezett orvosok közül egy kivételével mindenki körülbelül így, a klasszikus értelemben definiálta a „pszichoszomatikus” kategóriát:

*„Amikor az illető lelki állapota...miatt valamilyen organikus betegség tünete jelenik meg” (üzemorvos, nő, 47 éves).*

Interjúalanyaink – meglehetősen udvariasságból – nem hívták fel a figyelmünket arra, hogy „rossz a kérdés”, hisz a jelenlegi hivatalos álláspont szerint *minden* betegség „pszichoszomatikus”, ha itt nem csupán a betegség kialakulásának közvetlen mechanizmusaira gondolunk, hanem annak tágabb környezetére és következményeire is. Az, hogy interjúalanyaink nem tettek ezzel kapcsolatos megjegyzést, arra utalhat, hogy az orvostudomány bio-pszicho-szociális modellje a gyakorlatban kevésbé használt kategória, hanem inkább a klasszikus test/lélek felfogást alkalmazzák a szakemberek. A laikus csoportokban szintén megjelent az említett dualizmus, a résztvevők, „testi” *versus* „lelki”, „fizikai” *versus* „pszichoszomatikus” betegségekről beszéltek.

Amikor az orvosokat arról kérdeztük, hogy pácienseik milyen elnevezéseket, laikus diagnózisokat használnak ún. „szomatizációs” vagy „pszichoszomatikus” panaszaira, az orvosoktól bizonytalan vagy szkeptikus válaszokat kaptunk:

*„Nem is tudom, miket szoktak mondani. Hát...azt, hogy lelki, meg pszichés, meg ideges, meg ilyeneket”* (üzemorvos, nő, 47 éves).

*„A páciensek kissé elzárkóznak ettől a problémától, mert azt mondják, nem vagyok én dilis. És nagyon nehezen hiszik el, hogy ez a bajuk”* (házi orvos, belgyógyász, férfi, 54 éves).

*„Milyen laikus diagnózis? Hát legfeljebb annyi, hogy idegesebb vagyok. Ennyi, amit képesek elismerni. Hogy szorongás vagy depresszió? Ezek már ijesztő szavak, ez nincs a köztudatban”* (házi orvos, férfi, 58 éves).

Az orvosok számára a diagnosztikus kategória használata magában rejti a kórképváltozások hátterében álló komplex folyamatok hatásait, ugyanakkor a bizonytalanság mögött a betegségek egy jól körvonalazható csoportja áll, amely összhangban van a laikus résztvevőink által adott megfogalmazásokkal.

## A SZOMATIZÁLÓ SZEMÉLYRŐL ALKOTOTT KÉP

A diagnózisállítást laikus és tudományos diskurzusainak vizsgálata mellett egy másik fontos kérdésünk az volt, hogy a betegségek kialakulásában, előfordulási gyakoriságában, kezelhetőségében milyen szerepet játszanak a társadalmi szerepelvárások. Ezért kutatásunk mindkét szakaszában, a laikus résztvevőkkel végzett fókuszcsoport-interjúk és az orvosokkal készült félig strukturált interjúk során igyekeztünk körbejárni azt a kérdést is, hogy a szomatizáció a megkérdezettek szerint milyen személyek-

re jellemző. Ennek érdekében a laikus csoportoknak bemutatott szomatizációs zavar esete kapcsán megkérdeztük, hogy milyen nemű, életkorú, lakóhelyű, foglalkozású, etnikai hovatartozású személyre asszociálnak, és mindezek meghatározását mivel magyarázzák. Rákérdeztünk arra is, hogy az eset mögött milyen társadalmi és személyes problémákat vélnek felfedezni. Az orvosinterjúkban szintén többféleképpen jártuk körül a kérdést. Megkérdeztük, hogy a különböző nemű, életkorú, társadalmi helyzetű egyének között milyen gyakori a szomatizáció, illetve vannak-e jellegzetesen valamelyik csoporthoz köthető betegségek, továbbá hogy milyen személyes és társadalmi problémákat fedeznek fel a szomatizáció hátterében.

### A prototipikus szomatizáló páciens a laikus vélemény szerint

A személy, akit a fókuszcsoport-beszélgetések résztvevői a leginkább fókuszpontnak tartottak a szomatizációs zavarra, a következőképpen írható le: nő, 40 és 50 év közötti, egyedülálló, vagy méginkább párkapcsolati problémákkal küzd, túlsúlyos, vagy éppenséggel túl sovány, nem tartozik etnikai kisebbséghez, városi lakos, aki nem inspiráló munkakört tölt be, ami lehet fizikai vagy adminisztratív munka.

Habár a prototípus az egyenként említett jellemzőkből állt össze, volt aki egészen pontosan így látta az illetőt:

*„50–55 éves, túlsúlyos nő. Elvált, felnőtt gyerekekkel. Kereskedelembe dolgozik, egyedül él panel- vagy más budapesti társasházban” (taxisofőr, nő, 35 éves).*

Az első asszociáció során azok közül, akik egyáltalán megneveztek nemet, több mint kétszer annyian vélték úgy, hogy az eset egy nőről szól. Kevesebb mint a válaszolók egyharmada nem tett utalást az illető nemére az első leírt asszociációi során. Nagyon sokan gondoltak elsősorban nőre, de a beszélgetés során kifejtették, hogy végül is férfi is lehet az illető.

*„Természetesen nő, hiszen ők hajlamosabbak erre a depressziós és ilyen jellegű magatartásra” (katona, férfi, 48 éves).*

*„Én szerintem azért nem lehet férfi, mert egy férfi akkor megy orvoshoz, ha már viszik” (közlekedésmérnök, nő, 48 éves).*

*„Nekem meg sem fordult a fejemben, hogy férfi lehet. A férfiak egész más-képp panaszkodnak. Én természetesen vettem, hogy nő” (közgazdász, nő, 65 éves).*

Az életkort megnevezők között összesen két ember volt, aki 40-nél fiatalabbra és egy, aki 50-nél idősebbre gondolt az első asszociációk között, majd a beszélgetések során többször kiterjesztették az életkor paramétereit fiatalabbra és idősebbre is.

*„Honnan van ez a benyomás? Ez onnan lehet, hogy egy bizonyos korra érik el ezt, hogy ennyire beszűkülnek egy betegségre. Fiataloknál nemigen van. Egy olyan 50 körüli ember érhet el ilyesmit... Fiatal korban van egy túrés, és aztán, amikor már nem bírja, összeroppan. Körülbelül 40–50 évig bírják az emberek” (fotós, nő, 61 éves).*

A megjelenésével kapcsolatban a válaszolók két kivétellel úgy gondolták, hogy az illető túl kövér vagy túl sovány. Bár ruházkodását, megjelenésének egyéb aspektusait ritkán nevezték meg, és ezekben az esetekben is átlagosnak, érdektelennek írták le, a testsúly kérdését az esetek több mint egyharmadában megemlítették az első gondolatok között, mégpedig körülbelül egyenlő mértékben túlsúlyosnak vagy túl soványnak, esetenként mindkettőt elképzelhetőnek vélték.

*„Szerintem ő nagyon sovány, vagy éppen az ellenkezője, iszonyúan kövér” (értékesítő, nő, 26 éves).*

*„Ez egy gizda, nagyon vékony emberke” (irodavezető, nő, 25 éves).*

*„Férfinak gondolom, túlsúlyosnak, aki ráadásul még szeret iszogatni is. Valószínűleg keveset mozog” (nyugdíjas, nő, 60 éves).*

A szépségkövetelménynek éppen a testsúly szempontjából a legnehezebb megfelelni, és úgy tűnik, hogy a szomatizáció a válaszolóink fejében szorosan kötődik a testsúllyal kapcsolatos normaszegéshez. A túlsúly azáltal jelent normaszegést, hogy a személy nem kontrollálja a testét, a túl sovány nő pedig túlságosan is kontrollálja azt, túlzott mértékben igyekszik megfelelni a külső elvárásoknak, és ettől válik beteggé.

Háromszor annyian állították, hogy az illető egyedülálló, mint ahányan azt mondták, hogy házas, továbbá elég sokan tettek említést a családi, házassági problémákról anélkül, hogy nyilatkoztak volna arról, hogy egyedül vagy párkapcsolatban él.

*„Úgy képelem, hogy az otthonában van valami, családon belül van problémája, és ettől beteg ő. Valószínűleg gyereke sincsen” (nyugdíjas, nő, 63 éves).*

*„Százalékarányban azt mondhatnám, hogy 77%-ban a családi problémák okozzák ezeket a tüneteket” (műszerész, nő, 70 éves).*

A prototípus leírása során egy olyan élethelyzettel találjuk szembe magunkat, amely a test és a társadalmi szerepek megváltozására utal. Egy nő életében a 40 és 50 év közötti időszak a végbemenő testi változásoknál sokkal tágabb értelemben jelenti a változás korát. Vajon milyen magyarázatot találhatunk arra, hogy a kutatásunkban részt vevő emberek éppen ezzel az élethelyzettel hozták leginkább összefüggésbe a szomatizációs zavar tüneteit? Úgy tűnik, hogy a résztvevők a betegség hátterében a személyes életút szerepét, valamint a személyes életút társadalmi reprezentációinak hatásait tételezik fel leginkább. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy a résztvevők többsége nő és átlagéletkoruk 50 év volt, tehát az eset kapcsán leginkább azokra a problémákra asszociáltak, amelyeket saját élethelyzetükben, környezetükben tapasztalnak.

A fókuszcsoport-beszélgetések során a résztvevők csak ritkán fogalmazták meg nyíltan, hogy a probléma összefüggést mutathat a változásokkal és a változások társadalmi megítélésével. Ennek ellenére visszatérő téma volt a párkapcsolati krízis, a több évtizede tartó magány témája és a felnőtt, családból kirepülő gyerekek témaköre.

*„Megjelent előttem egy vékony nő, akinek festett szőkés haja van. De nem ez a szép szőke, hanem amikor már kopik. A nő is ilyen kopott, de nem rossz értelemben, hanem amikor már olyan fáradt, megviselt. Középkorú nőnek képelem, két kamasz nagy gyereke is lehet, akikkel problémái vannak”* (szociális gondozó, nő, 44 éves).

### Orvosi megfigyelések a szomatizáló páciensekről

Az orvosokkal készített interjúkból kevésbé rajzolódik ki a szomatizációval jellemezhető személy ilyen könnyen megragadható prototípusa, annak ellenére, hogy volt olyan interjúalanyunk, aki szinte egy az egyben a fókuszcsoport-résztvevők által leírt személyt látta maga előtt, mint tipikus szomatizációs zavarban szenvedő páciens:

*„Az jut eszembe először, hogy nő, menopauza, túlterheltség, magány”* (belgyógyász, nő, 37 éves).

A résztvevő orvosok többsége több női páciensről számolt be, ugyanakkor a nők körében a kevésbé súlyos panaszokat tartják jellemzőnek. A pszichoszomatikát tehát az orvosok szerint a férfiak „magasabb szinten” művelik, komolyabb betegségeket, súlyosabb testi tüneteket produkálnak, vagy legalábbis kevésbé jutnak el enyhébb panaszaikkal orvoshoz.



*„A nők hamarabb mennek orvoshoz és ne adj isten pszichológushoz. A férfiak az énképükön való hatalmas törésként élik meg azt, hogyha megbetegednek. Tehát jelentős részük hajlamos inkább elnyomni, nem mennek időben orvoshoz és egyszer csak lefordulnak a székről” (klinikai szakpszichológus, nő, 52 éves).*

*„Talán a nők gyakrabban, de csak azért, mert az ő társadalmi szerepük megengedi azt, hogy ők gyengélkedhessenek” (urológus, férfi, 38 éves).*

A magyarázatokban többen is utaltak arra, hogy a férfiak rosszabb egészségi állapotából kifolyólag egy orvos „kevésbé engedheti meg magának”, hogy szomatizációra gyanakodjon, így gyakran felderítetlen marad a háttérben álló pszichoszomatikus magyarázat. Továbbá az orvosok szerint a férfiak lelki problémáiknak más megnyilvánulási formát keresnek, mint a nők, leginkább az alkoholt.

A kutatásban részt vevő orvosok véleménye megegyezik a fókuszcsoport-résztvevőkével abban, hogy a szomatizáció kevésbé jellemzi a fizikai munkát végző, falun élő személyeket, ugyanakkor eltérés található az etnikai hovatartozást illetően. Míg a laikus résztvevők elég kategorikusan elutasították annak lehetőségét, hogy az eset alanya roma lenne, az orvosok egy része elképzelhetőnek tartja, hogy a romák kulturális sajátosságainak köszönhetően fogékonyabbak a funkcionális tünetek produkálására.

*„Remélem, hogy az ombudsman nem fog a fejemre vágni, de mondjuk a roma lakosság körében egyértelműen úgy látom, hogy ők hajlamosabbak rá, és őket aztán tényleg nehéz meggyőzni, amikor állandóan rohángásznak hozzánk és semmi baj nincs. És nagyon markáns tünetekkel jönnek. Sokkal erősebben fejezik ki. Önáluk ez jellemző” (házi orvos, férfi, 30 éves).*

*„A cigányok körében, azt gondolom, egy kicsit gyakoribb. Főleg a pánikbetegség” (rezidens orvos, férfi, 27 éves).*

Mások éppen az ellenkezőjét állítják, és a szomatizációt elsősorban a kedvezőbb szocio-ökonómiai státusú emberek sajátjának tartják, következésképp úgy vélik, ez ritkán fordul elő romáknál.

*„Vegyük például a romákat. Ők sokkal esendőbbek, de organikusán. Sokkal több organikus betegségük van és a halálozásuk is nagyobb. És hogy ehhez másodlagosan gyakrabban társul-e pszichoszomatikus betegség? Ezt most nem tudom. Mert szerintem azok nem is jutnak el hozzánk. Pedig lenne okuk rá, mert sokszor tényleg megkülönböztetést, diszkriminációt szenvednek el” (belgyógyász, férfi, 39 éves).*

Kutatási eredményeink azt mutatják, hogy a laikus és az orvosi tapasztalatok alapján kialakított vélemény nagymértékben megfelel azoknak az elképzeléseknek, amelyeket hasonló témában más országokban alakítanak ki a szakemberek. Egy amerikai kutatás szerint például a többszörös, orvosilag nem magyarázható tünetekkel (*multiple medically unexplained symptoms*) jellemzett betegek a kórházban ápoltságuk során más betegeknél valamivel idősebb, egyedülálló nők voltak (Feder és mtsai 2001).

A szomatizációs zavar esetével asszociált 40–50 közötti nő tulajdonképpen a társadalom nőkként, életkorral és reprodukcióval kapcsolatos előítéleteinek céltábláját jelenti. A társadalom és a tudomány által patológiázott fiziológiai változások között kiemelt helyet kap a menopauza: egyfelől a nőiség és anyaság széleskörű megfeleltetése során a menopauza a női lét beszűkülésének szimbóluma, továbbá a kötelező fiatalság – mint a szépségmítosz központi eleme – szintén a sikeres nők csoportján kívül helyezi ezt a korosztályt (Goldstein 2000; Wolf 1990).

A változásokkal együttjáró krízisállapot során a 40–50 év közötti nők talán azért sodródnak könnyebben a betegszerep felé, mert nem találják helyüket az egyelőre még indeterminált, új szerepkörben, ezt a váltást nehezítik meg a társadalmi előítéletek és az olyan problémák, mint a munkaerőpiaci elhelyezkedés nehézségei. Nem véletlen, hogy az anorexia kialakulása is egy hasonló testi-társadalmi változás, a serdülőkor idején jelenik meg leggyakrabban, és annak idején a hisztéria is azokat a nőket fenyegette leginkább, akik nem fértek be a meglévő kategóriákba (Mitchell 2000).

A szomatizáció hátterében az orvosok a laikusokhoz hasonlóan a személyes életút történéseit helyezik első helyre, ugyanakkor tisztában vannak a társadalmi hatások jelentőségével is, az életút társadalomba ágyazottságával. Mindez azt sugallja, hogy az orvosok által ismertetett háttérokok valamivel összetettebbek és kevésbé köthetők a problémák egy típusához, azonban a kialakulás körülményeiről, a személyes életútban jelentkező krízisállapotról a vizsgálatunkban részt vevő orvosok és laikusok hasonló véleményen vannak.

## MI ÁLL A SZOMATIZÁCIÓ HÁTTERÉBEN?

A csoportos „esetelemzés” kapcsán „etiológiai elméleteket” is megfogalmaztak a laikus résztvevők, melyeket az előfordulási gyakoriság alapján rangsoroltunk:

- |   |    |
|---|----|
| 1. Lelki probléma testibe fordítása, megküzdés hiánya | 40 |
| 2. Egyedüllét, párkapcsolati problémák, szeretethiány | 37 |

3. Gyermekkori problémák	36
4. Menekülés a betegségbe, figyelemfelkeltés	33
5. Stressz, feszültség, kudarcok	31
6. Szorongás, bűntudat, önbizalomhiány	15
7. Munkahely	12
8. Alkati/akarati gyengeség, érzékenység	12
9. Életmód	10

Ebben a felsorolásban figyelemre méltó, hogy a laikus teóriákban számos tudományos elméletet ismerhetünk fel. Ilyen például a megküzdés-, a trauma- vagy a stresszelmélet. A „betegségbe menekülés” és a „figyelemfelkeltés” kategóriái az elsődleges és másodlagos betegségelőny koncepcióját juttatják eszünkbe. Ezekre az elméletekre a fókuszcsoporthoz tartozók közvetlenül nem hivatkoztak, de gyakori előfordulásuk és egyes megfogalmazások alapján következtethetünk arra, hogy laikus teóriáik alapját tudományos elméletek képezhetik, melyek a média vagy más ismeretterjesztő eszközök által jutottak el hozzájuk.

A naiv etiológiai elméletek egyrészt segítik a szakértők és laikusok közötti kommunikációt, ugyanakkor meg is gátolhatják a testi-érzelmi folyamatok közvetlen érzékelését, illetve verbalizálását. A megfogalmazott testi folyamatok az érzelmi tartalomtól így eltávolítva jelennek meg, a magyarázó elméletekhez „alkalmazkodva”. Ezt a folyamatot ugyanakkor elhárítási mechanizmusként is értelmezhetjük, mely dinamikájában a szomatizáció jelenségéhez hasonlatos. Ennek megfelelően a fókuszcsoporthoz tartozókban a testi érzetek és érzelmek összekapcsolódása ritka volt, csak a személyes történeteknél találkozhatunk ilyenekkel. Az átbeszélte jelenségek legtöbbször elvontak maradtak, nem kapcsolódtak megélt test-történetekhez. Az eset jellemzésénél a testi jelenségek és pszichés tünetek – habár ok-okozati rendbe illeszkedve szerepelnek a diskurzusban – folyamatukban nem kötődnek össze. Szakmai feltevéseket és népszerű naiv elméleteket találunk a magyarázatok között – ez utóbbiak szimbolikus összefüggéseket fogalmaznak meg.

*„Én például az a fajta vagyok, aki nehezen felejttem el a dolgokat. És most mondjam azt, hogy egészséges vagyok, jól érzem magam, aktív vagyok, és mégis van úgy, hogy hajnalban úgy ébredek, mint hogyha valami vándorolna bennem. Hol a vállam érzem, aztán öt perc múlva érzem a térdem (vállalkozó, férfi, 63 éves).*

*„Ha a szíve fáj, akkor éppen szerelmi bánata van, ha a gyomra fáj, akkor nem tudott valamit lenyelni” (szociális gondozó, nő, 44 éves).*

*„Ugye itt szó volt, hogy fáj a válla, fáj a gerince. Tehát alapvetően a tartá-*

*sa, a világban való tartása. Ezek a puffadásos dolgok, az mind, meg a máj, az a haraggal függ össze... Rossz úton jár, ezért fáj a lába” (masször, férfi, 53 éves).*

Az ismertetett eset tüneteinek kialakulásával kapcsolatos naiv magyarázóelméletekben a gyerekkori problémák hangsúlyozásán keresztül az analitikus traumaelmélet bukkan fel. Lehetséges kiváltó okként említettek az elhanyagoló, bántalmazó szülői magatartást, de az elkényeztetést, túlféltést is.

*„Abszolút terrorizált családban él, teljesen elnyomták, az apja meg az anyja annyira rátelepedett és agresszívok voltak vele” (szociális gondozó, nő, 44 éves).*

*„Sovány, beteges kisfiúnak indult, akit nem nagyon szerettek” (fotós, nő, 61 éves).*

*„Egy jól szituált családban nőtt fel, ahol megpróbálták vattába csomagolni és elvártak valamit” (közgazdász, nő, 55 éves).*

A betegségelőny a pszichoanalitikus felfogás és az orvosi pszichológia fogalma: a tünet kommunikációs lehetőség, a betegség előnye a személyre irányuló figyelem. A fókuszcsoportban ez a tünet mint a figyelemfelhívás eszköze magyarázatban bukkan fel.

*„Gyanítom, hogy gyerekkorában már rájött arra, hogy többet foglalkoznak vele, ha beteg. Lehet, hogy most is megpróbál ezzel figyelmet kiharcolni magának” (tanár, nő, 51 éves).*

## TERÁPIÁS JAVASLATOK

A fókuszcsoport-interjúk laikus résztvevői a megoldási javaslatok között az életmódváltást helyezték első helyre: egészséges táplálkozás, megváltozott életritmus, örömteli munka választása, hobbi, természetjárás, zenehallgatás. Ugyanakkor a segítségkérésre vonatkozó javaslatok nem annyira a szakember szerepét hangsúlyozták, hanem inkább a kapcsolatét, amit barát és önszorgító csoport is nyújthat. A szakember többnyire mint általános kategória jelent meg, de orvos, természetgyógyász, homeopata és pszichológus is előfordult az említésekben, így önismereti csoport és terápia is. Ezekben az esetekben lényegként a kapcsolat és a beszélgetés emelkedett ki, a meghallgatás és a gyengédség. A gyengédség és szeretet főként abban a kontextusban nyernek értelmet, hogy a tünetek gyö-

kerét gyakran helyezték a gyerekkorba, ahol az illető nem kapta meg ezeket a szüleivel való kapcsolatban.

*„Beszélgessem szakemberrel, vagy olyannal, akire hallgat, és akinek a tanácsait megfogadja...akár pszichológushoz...tehát beszélgetés, beszélgetés, és hátha kibuknak olyan dolgok, amik őt bántják, vagy foglalkoztatják, és ugye befelé nyeli, nem dolgozza fel” (közművelődési előadó, nő, 49 éves).*

*„Egy alapos, törődő, odafigyelő belgyógyászati kivizsgálásra volna szüksége... gyengéd és maximálisan a beteget középpontba helyező vizsgálatso-rozatra” (tanár, nő, 40 éves).*

*„Egy hozzáértő ember, aki jól ismeri a másoknak a rezdüléseit, az többet tud segíteni ilyenkor, mint a hagyományos orvoslás” (rokkantnyugdíjas titkárnő, 56 éves).*

Az orvosinterjúkban a fókuszcsoport-beszélgetésekhez hasonlóan aránylag kevés szó esett a terápiáról. Az orvosok egyöntetűen azon a véleményen voltak, hogy míg az organikus tünetek kezelésére működő, bejáratott rendszer létezik, a pszichoszomatikus háttérrel nehezebb foglalkozni. A terápia sikere – hasonlóan a laikusok megfogalmazásaihoz – így nagymértékben az orvos személyiségétől és a beteggel kialakított kapcsolattól függ, ugyanis az egészségügyi rendszerbe csak nehezen építhető be a szomatizációs problémák alapos és mélyreható kezelése.

*„Ha van egy jó, rátermett házi orvos, akkor ő nagyon sokat tud nekik segíteni” (belgyógyász, nő, 37 éves).*

Amennyiben van is elérhető közelségben pszichológus vagy pszichiáter, a terápia mégis nehézkes a páciensek ellenállása és a pszichoszomatikus okok elutasítása miatt. A páciensek ragaszkodnak organikus problémáikhoz, és nehezen fogadják el a pszichoszomatikus magyarázatokat.

*„A páciensek – azt gondolom, hogy – organikus okokat keresnek. Kicsit stigmatizál a pszichoszomatikus ok és nehezen elmagyarázható. A pánikbetegség során nagyon nehezen értik meg, hogy egy kulcsinger ilyen reakciókat válthat ki. Mindenképpen organikus okhoz ragaszkodik a betegek nagy része” (rezidens orvos, férfi, 27 éves).*

Az életmódváltásra vonatkozó javaslatok mellett a „kibeszélés” mint terápiás eszköz megjelenése attól paradox, hogy a laikus résztvevők mégsem tudnak a tünetek, testi jelenségek és az érzelmek közötti kapcsolatról beszélni. A betegség testi érzetei, érzései és a hozzájuk kapcsolódó

érzelmeik verbális szinten nehezen reprezentálódnak a köznapi diskurzumban. A test nem szóban olvasódik, hanem – akárcsak a pszichoszomatikus betegség esetében – a tüneteken keresztül prezentálódik. Úgy tűnik, a laikus reprezentáció dialektikus viszonyban áll az orvosok által bemutatott egészségügyi rendszerrel, amely felismeri ugyan a hiányzó láncszemet a pszichoszomatikus hátterű testi tünetek orvoslásában, a gyógyítás akadályát azonban éppen e láncszem páciensekkel való elismeretése és az egészségügyi rendszerbe való beépítése jelenti.

## KONKLÚZIÓ

A szomatizációval kapcsolatos kétféle – laikus és orvosi – diskurzus feltűnően hasonlít egymásra, sokszor még a két fél megfogalmazásai is azonosak. A pontos diagnosztikus kategóriákkal természetesen a laikus résztvevők nincsenek tisztában, ugyanakkor naiv elméleteik keretei között az orvosokkal azonos szempontok szerint „diagnosztizálnak”. A szomatizáció hátterében álló személyes és társadalmi összetevők mentén szinte azonos személyt ír le mindkét fél; a betegség etiológiájában is több a párhuzam, mint a különbség; tulajdonképpen még a terápiás javaslat is azonos, hiszen mindkét fél a kapcsolatot kiemelve javasolja a szakemberrel folytatott terápiát, bár a laikus résztvevők az orvosoknál lényegesen több teret hagynak a hagyományos orvoslás alternatíváinak.

A laikusok – legalábbis az általunk vizsgált csoportjuk – ha nem is tudatos, strukturált módon, de tájékozottak a testi-lelki folyamatok összefüggéseiről, s számos releváns elnevezést is ismernek – mindenképpen többet, mint ahogy az általunk megkérdezett orvosok feltételezték. Igen érdekes, hogy a hirdetésre jelentkezett, majd a fókuszcsoportokba bekerült személyek mintája véletlenszerűen – vagy épp nem véletlenül? – hasonló paraméterekkel rendelkezett, mint ahogy az orvosok a tipikus „szomatizációs” pácienseket leírták: a csoport leginkább középkorú, közepes anyagi és iskolázottsági helyzetűekből állt, s túlnyomórészt nőkből. Az orvosok tehát nagy valószínűséggel találkozhatnak munkájuk során a fókuszcsoportokban szereplő személyekhez hasonló páciensekkel. Talán ha a laikusok páciens-szerepben, a rendelőben is beszámolnának a betegségekkel kapcsolatos nézeteikről, kiderülne, hogy a klinikusok és a páciensek elképzelései sokszor közelebb vannak egymáshoz, mint ahogy azt a felek kölcsönösen gondolják.

Kutatásunk eredményei kapcsán felvetődik a kérdés: miért gondolják az orvosok, hogy a páciensekkel való együttműködés azért nehéz, mert a páciensek ragaszkodnak organikus tüneteik organikus orvoslásá-

hoz, miközben a laikus résztvevők éppen az orvosokról vélik úgy, hogy azért nem tudnak hatékonyan segíteni a szomatizáción, mert ragaszkodnak az organikus orvosláshoz? Vajon nem az a kérdés megválaszolásának a kulcsa, hogy általánosságban mindkét fél ugyanúgy vélekedik e témáról, azonban a személyes érintettség esetén képtelenek vagyunk azonosulni e – mindkét fél által – stigmatizáltnak vélt betegséggel? A szomatizációra való hajlam a középkorú nők csoportjában – akiknek a megítélése magán hordozza a nőkkel és a fiatalság elmúlásával kapcsolatos társadalmi előítéleteket – tovább erősíti a feltételezés helyességét, hiszen e kapcsolat megerősíti prekoncepcióinkat e betegségről és e betegségben szenvedőkről. Vagyis amikor szomatizációról, a szomatizációban szenvedő személyről és a terápiás lehetőségekről beszélünk, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a szomatizáció szociális reprezentációját: azt a társadalmi kontextust, ami mindennél erősebben képezi az orvosok és páciensek közötti kommunikáció akadályát egy olyan téma kapcsán, amelyben a laikus és tudományos vélekedés elvi síkon nagyon közel áll egymáshoz.

## FÜGGELÉK

### A fókuszcsoport-interjúkon elhangzott eset

„Hát nekem rengeteg bajom van, és senki nem tudja, mitől. Gyakran érzek furcsa fájdalmat a mellkasomban, van, amikor erősen, néha csak enyhébben. Ez tart már lassan 3–4 éve, az orvosok nem tudnak mondani rá semmit. Most is úgy fáj a vállam, mintha le akarna szakadni, dolgozni se tudok. Van, amikor meg a hátamban érzek fájdalmat, az ízületeimmel lehet valami, reuma, vagy nem tudom, mi. Betegeskedő gyerek voltam. Mindig volt valami. Ha kitört az influenzajárvány, az iskolában én voltam az első, aki elkapta. Néha fulladok is. Ilyenkor nem kapok levegőt, izzadok. Ha kinyitom az ablakot, akkor se lesz jobb, levegő se ki, se be. Még a végén a saját lakásomban fogok megfulladni, vagy szívrohamot kapok. És a fájdalom a vállamban és a hátamban sokszor még a fájdalomcsillapítótól sem múlik el. Szóval ebből áll az életem, és egy orvos se tud segíteni. Azt csak zárójelben mondom, hogy a szexben sincs sok örömöm, de hát hogy is lenne? Aztán az van még, hogy nem bírom a zöldségeket meg a tejes ételeket. Ezekről felfúvódom, máskor meg hasmenésem van. Most, mikor erre az új munkahelyre jöttem, megvizsgált az üzemorvos, persze nem mondott semmit. De hát a többi orvos is csak felírt valamit, legtöbbször altatót vagy nyugtatót, és vizontlátásra. Hát

borzasztóan depressziós vagyok ettől az egészszől, és most már szeretném, ha vége lenne. Már mindenkinek elege van a panaszaimból, nem is csoda. Le akarok állni az összes gyógyszerrel is.”

### Irodalom

- Brown, R. J. (2004): Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms. An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130 (5): 793–812.
- Clarke, J. N., James, S. (2003): The radicalized self: the impact on the self of the contested nature of the diagnosis of chronic fatigue syndrome. *Social Science and Medicine*, 57 (8): 1387–1395.
- Creed, F., Barsky, A. (2004): A systematic review of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 391–408.
- Feder A., Olfson M., Gameroff M., Fuentes, M., Shea, S., Lantigua, R. A., Weissman, M. M. (2001): Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics*, June, 42: 261–268.
- Goldstein, D. E. (2000): „When ovaries retire”: contrasting women’s experiences with feminist and medical models of menopause. *Health*, 4 (3): 309–323.
- Mitchell, J. (2000): *Mad Men and Medusas. Reclaiming Hysteria*. Penguin, London.
- Nimnuan, C., Hotopf M., Wessely, S. (2001): Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51: 361–367.
- Wenegrat, B. (2001): *Theater of Disorder. Patients, Doctors and the Construction of Illness*. Oxford University Press, London.
- Wessely, S. (2001): Discrepancies between diagnostic criteria and diagnostic practice. In Halligan, P. W., Bass, Ch., Marshall, J. C. (eds.): *Contemporary Approaches to the Study of Hysteria. Clinical and Theoretical Perspectives*. Oxford University Press, London, 63–73.
- Wolf, N. (1990): *A szépség kultusza*. Csokonai Kiadó, Debrecen.

A tanulmányban ismertetett kutatás a „Névváltozás vagy kórképváltozás? A pszichoszomatikus betegségkategóriák átalakulását befolyásoló társadalomlélektani tényezők” című, T043667 számú OTKA pályázat támogatásával készült.



**KENDE, ANNA - SZILI, KATALIN - CSABAI, MÁRTA**

**LAY AND MEDICAL UNDERSTANDING  
OF SOMATIZATION**

The aim of our research was to analyse the discursive pattern of ideas about somatization among naive respondents and practising medical experts, and to see the connection between the two different forms of representations. In the first part of our study 10 focus group interviews were conducted with lay participants in Budapest, while in the second part, 25 interviews were recorded with medical doctors working in Budapest and in the countryside. The outcome of our research points out that the lay and expert discourses greatly overlap on issues of on the one hand diagnoses, etiology and therapy, and on the other hand personal and social characteristics of people with somatization disorders. Despite the similarities neither the doctors, nor the lay participants considered the communication between doctors and patients successful. According to the medical experts, it is extremely difficult to persuade a client about the psychosomatic background of his/her organic illness, and this makes therapy difficult. In contrast to this, the lay opinion is that doctors do not acknowledge the psychosomatic basis of an illness, and it is for this reason they cannot treat patients efficiently. In our opinion the answer to this contradiction lies in the social representation of somatization and of people with somatization disorders, in which social prejudice plays multiple roles.

**Keywords:** somatization, psychosomatics, social representation, women, scientific and lay discourses