

## Tanulmányok

CSABAI MÁRTA

*MTA Pszichológiai Kutatóintézete, Budapest*

### **A SZOMATIZÁCIÓ SZOCIÁLPSZICHOLÓGIAI KUTATÁSÁNAK TUDOMÁNYOS ÉS TÁRSADALMI KÖRNYEZETE**

Az alábbiakban olvasható tanulmányok az MTA Pszichológiai Intézete „Szomatizáció és társadalom” munkacsoportjának kutatási eredményeit mutatják be. A vizsgált probléma olyan kérdéskör részét képezi, amely a pszichológia, az orvostudomány és a filozófia története során mindig foglalkoztatta a kutatókat, s amivel kapcsolatban a válaszkísérletek sokszor eredménytelenül zárultak, vagy legalábbis újabb kérdéseket vetettek fel. A testi tünetek kialakulásában szerepet játszó pszichológiai és társadalmi tényezőkről van szó, különös tekintettel azon tünetekre, amelyeket az orvostudomány a maga eszközeivel nem tud besorolni az „organikus” vagy „szomatikus” kategóriák valamelyikébe. Manapság ezeket a tüneteket legáltalánosabban a *szomatizáció* gyűjtőfogalommal illetik, utalva arra a már Platónnál is felbukkanó, de szisztematikusan elsőként Freud által leírt elgondolásra, hogy bizonyos körülmények között a pszichés konfliktusok, megterhelő érzelmek, traumák szomatikus manifesztációkat ölthetnek, testi tünetekbe „konvertálódhatnak”. Ez a tétel a későbbiekben jelentősen befolyásolta a testről és tünetekről való gondolkodást a pszichológiában, és számos vita alapjául is szolgált. Ezek a viták egészen az utóbbi évtizedekig elsősorban a klinikai és orvosi pszichológiában, illetve a pszichológia orvostudományokkal érintkező határterületein zajlottak. Így háttérbe szorult az az általánosabb kérdés, hogy a tünetképzés, a „szomatizáció” mechanizmusa modellként szolgálhat arra is, hogy miként reprezentálódnak egy adott kultúrában az érzelmi vagy társas problémák. A testi kifejezésmódok részben azért is szorultak ki a pszichológiai vizsgálódások köréből, mert azokat sok szakember a szenvedés differenciálatlanabb formájának tartotta, így a pszichológusok, pszichoterapeuták figyelme a „fejlettebb” pszichológiai kifejezésmódra irányult. A szomatizációs – manapság szintén használatos elnevezéssel: „orvosilag nem magyarázott” – tünetek azonban minden eddig vizsgált kultúrában jelen vannak, és többszörös jelentésrendszerekbe ágyazódnak, melyeknek különböző pszichológiai és társadalmi funkciói vannak (Kirmayer és Young, 1988). Ezen funkciók közül talán a legfontosabb, hogy az emberek találjanak valamilyen – biomedikális vagy kulturális – magyarázatot a tüneteikre, hiszen enélkül egyfajta „szemantikus

senki földjére” kerülhetnek, az egészséges/beteg, normális/abnormális, ártalmatlan/veszélyes stb. alapidimenziókkal kapcsolatos társadalmi konszenzuson és kollektív jelentésen kívülre (Kirmayer és Young: i. m.). A szomatizációs jelenségek tudományos pszichológiai magyarázatai egészen az utóbbi időig elsősorban az egyéni tényezőkre korlátozódtak, s csak igen kevésé jelentek meg bennük társadalomlélektani szempontok. Ezek csak az utóbbi néhány évtizedben kerültek az elemzések fókuszába. Kutatócsoportunk ehhez a megközelítéshez csatlakozott, s az utóbbi négy évben az OTKA támogatásával folyó vizsgálataink kérdésfelvetései arra irányultak, hogy miként befolyásolják a társadalmi reprezentációk, illetve a tudományos, laikus és médiadiskurzusok a tünetképzést, a tünetek prezentációját, értékelését és klasszifikációját. A *Pszichológia* jelen számában olvasható írások ennek a munkának a főbb eredményeit mutatják be.

Tanulmányomban azokat a főbb paradigmákat, megközelítéseket és a szomatizációs tünetek státuszát jelentősen befolyásoló társadalmi változásokat szeretném bemutatni, amelyek a szociálpszichológiai és diskurzív értelmezéseket szükségessé tették. Az alábbiakban bemutatandó megközelítések nem mindegyike vett részt közvetlenül a szomatizáció társadalomlélektani vonatkozásainak kutatásában. Mégis elősegítették az „orvosilag nem magyarázott” tünetek szisztematikus társadalomtudományi vizsgálatának megerősödését, a szomatizáció mechanizmusában szerepet játszó társadalmi hatások feltárását. Ezen hatások közül kiemelt helyen áll maguknak a szomatizációs tüneteket tartalmazó betegségkategóriáknak az igen gyakori változása.

## A betegségkategóriák változásait befolyásoló tényezők

Az orvostudomány és az orvosi technikák fejlődésének velejárója új betegségek felfedezése, betegségkategóriák, diagnózisok létrehozása, átszervezése vagy éppen eltörlése. Ezeket a változásokat természetesen nem elégséges csupán új biológiai jelenségek vagy epidemiológiai mintázatok alapján magyarázni. Fontosak azok a társas tényezők, gazdasági megfontolások, professzionális érdekek vagy intellektuális trendek is, amelyek az új gondolatok fejlődését artikulálják. Figyelembe kell venni azt is, hogy mind a szakemberek, mind pedig a betegek folyamatosan igénylik a legitim, jól körülírható és hatékonyan kezelhető betegségkategóriákat, hiszen az orvostudomány korlátainak elfogadásával járó bizonytalanság mindkét fél számára szorongáskeltő lehet. Általában azoknak a betegségeknek a legitimitása kérdőjeleződik meg, amelyeknek a mechanizmusai nem elég világosak, specificitásuk bizonytalan, és amelyeknek definícióját, jelentését erőteljesen befolyásolják társadalmi és pszichológiai tényezők. (Ily módon nagy eséllyel kerülnek ebbe a csoportba a „lelki eredetű” vagy stressz által kiváltott, „pszichoszomatikus” betegségek). A fogyasztói értékek, a hatékonyság, a minőség és a piac kívánalmi szintén hozzájárulnak a diagnózisok változá-

saihoz. Mindezen tényezők hatására napjainkban különös érdeklődés övezi a betegségkategóriák átalakulását befolyásoló folyamatokat, melyre élénken reflektálnak különböző társadalomtudományi – így például szociálpszichológiai és egészségpszichológiai – kutatások is. A különböző szemléleti keretekhez, paradigmákhoz tartozó megközelítésekben egyaránt kiemelt szerepet kap a testi és lelki folyamatok hagyományos dichotóm felfogásának (és a ráépülő betegségkategóriáknak, diszciplínáknak, terápiás megközelítéseknek) az újraértelmezése, kritikája. Témánk szempontjából ennek különös jelentősége van, hiszen a tradicionális „organikus *versus* pszichés” betegségfelosztás a társadalmi és kulturális tényezők értelmezhetőségének beszűkülését hozza magával. Azonban az új megközelítések is rendre szembekerültek a több szempontú magyarázatok episztemológiai problémáival és metodológiai buktatóival. Ezekről a későbbiekben lesz szó.

## A pszichés/társadalmi háttérű tünetek problémája a mai Magyarországon

Nemzetközi jelentősége mellett a problémakörnek különös aktualitása van a mai Magyarországon is, ahol a közismerten rossz egészségmutatók háttérben álló pszichológiai és szociális tényezők feltárása még jelentős hiányokat mutat, bár az ezzel kapcsolatos felmérések az 1990-es évek végén nálunk is elkezdődtek (vö. pl. Losonczy, 1997; Kopp és Skrabski, 1995). Számos felmérés hívja fel a figyelmet a magyar népesség rossz egészségmutatóira és az alacsony életminőség háttérben feltételezhető lelki és társadalmi okokra, így a pozitív gondolkodás és életcélok hiányára, a depresszív sémákra és magatartási mintázatokra (Kopp és Kovács, 2006). A betegségekkel kapcsolatos viselkedés és nézetrendszerek, diskurzusok kérdéskörének fontosságát jelzi az is, hogy az egészségügyben lezajló strukturális változások, a betegjogi törvény megjelenése, a fogyasztói társadalom előretörése, az alternatív medicina térnyerése, valamint az információs társadalom életmóddal és egészség-magatartással kapcsolatos új üzenetei igen komoly kihívásokat jelentenek a magyar egészségügyi szakemberek és a mindennapi emberek számára. Különösen fontos figyelmeztetéssel szolgál ebben a vonatkozásban saját felmérésünk azon eredménye, hogy míg a WHO különféle országokban mért adatai szerint a szomatizációs tünetek az orvoshoz fordulók mintegy 20%-át jellemzik, az általunk megkérdezett 170 gyakorló orvos szerint Magyarországon az egészségügy különböző területein megjelenő betegek átlagosan 36,6%-a nem organikus eredetű problémával fordul orvoshoz. A belgyógyászok és a háziorvosok ezt az arányt magasabbra becsülik, mint más területeken dolgozó kollégáik (ideértve a pszichiátereket is): a háziorvosok szerint a betegforgalom 38,2%-át, a belgyógyászok szerint 41,6%-át teszik ki a szomatizálók. Ez önmagában figyelemre méltó adat, annak ellenére, hogy nem betegforgalmi statisztikákon, hanem az orvosok saját becslésén alapul. Egyfelől jelezheti azt, hogy a lelki, társadalmi problémák okozta konfliktusok vagy

a stressz megoldásának más csatornáit kevésbé ismeretesek, mint a problémák testi tünetekbe való „konvertálása”. Másfelől pedig utalhat az orvosok frusztrációjára is, ami abból ered, hogy – részben az egészségügyi ellátórendszer, részben pedig saját ez irányú képzettségük hiányosságai miatt – nem tudnak megfelelően reagálni a páciensek ilyen típusú tüneteire.

## A test szociális reprezentációival kapcsolatos megközelítések

A szomatizációs jelenségekkel kapcsolatos társadalomtudományi megközelítések egyik fontos ösztönzője volt, hogy az utóbbi évtizedek szociálpszichológiai, szociológiai, kulturális antropológiai kutatásaiban előtérbe került a testtel és annak különböző állapotaival kapcsolatos reprezentációk problémája. A kritikai társadalomtudományi szakirodalomban a test, amely korábban szinte kizárólag a biológiai és az orvostudomány vizsgálódásainak tárgya volt, különféle, egyéni és társas tudások eredményeként, termékeként jelenik meg. A testről szóló diskurzusokban kiemelt szerepet kap az a – strukturalista filozófiai tradícióhoz és a szociális reprezentációk szociálpszichológiai elméletéhez kötődő – megközelítés, amely a test szimbolikus reprezentációit, a „testmetaforák” és a társadalmi folyamatok összefüggéseit vizsgálja; valamint az a – posztstrukturalista eszmeáramlatokhoz kapcsolódó – olvasat, amely a test kontrollálásának, szabályozásának, felügyeletének kérdéseivel, a test „biopolitikában” betöltött szerepével foglalkozik (Foucault, 1996, 2000; Turner, 1997). A harmadik irányvonalhoz azok a fenomenológiai és pszichoanalitikus gyökerekből táplálkozó megközelítések tartoznak, amelyek nem csupán a test szociális reprezentációit és konstrukcióit, hanem megélt tapasztalatait – így magát a betegséget – is a vizsgálódások középpontjába helyezik (Grosz, 1994). A három megközelítés egyaránt reflektál azokra a jelenkori problémákra, amelyek a testet a társadalmi szerveződés és a társadalmi szorongások „leképeződésévé”, a normalitás és patológia (szimbolikus) hordozójává teszik, azonban kevés útmutatóval szolgálnak ezen kérdések empirikus vizsgálata terén (vö. Csabai és Erős, 2000, 2002). Arra vonatkozóan azonban számos bizonyíték áll rendelkezésünkre, hogy korunk kultúrájában kollektív hiperérzékenység van jelen a testtel kapcsolatban. Ez nem csupán a testtel való esztétikai szempontú foglalkozás különböző formáiban jelenik meg, hanem abban is tetten érhető, hogy napjainkban az emberek sokkal érzékenyebbek a test által küldött jelzésekre, és hajlamosabbak azokat fizikai betegség jelének tulajdonítani, még ha azok a normális fiziológiai működés kísérőjelenségei is (Shorter, 1994). Ez pozitív hatású is lehetne, hiszen a testre irányuló intenzívebb figyelem akár nagyobb fokú egészségtudatosságot és aktívabb egészségmegőrzést hozhatna magával. Ez azonban nincs így, a bio-pszichoszociális összefüggések ennél sokkal bonyolultabb mintázatot követnek.

## A pszichoszomatika és az egészségpszichológia válaszkísérletei

A pszichológia és az orvostudomány mostanra több mint évszázadnyi múltra visszatekintő közös kérdése a lelki, viselkedéses és biológiai, szomatikus tényezőknek a betegségek kialakulásában játszott szerepére, egymással való kapcsolatára irányul. A 20. század elején egyre inkább tért hódított az a pszichoszomatikus tradíció, amely a test-lélek problematika 19. századi romantikus felfogásának kiterjesztésével és a pszichoanalízis tanainak beemelésével próbált magyarázatot találni erre a kérdésre. Köztudott, hogy a klasszikus pszichoszomatikus elmélet szemléleti redukcionizmusa, a betegségek korlátozott körére való alkalmazhatósága és nem kielégítő terápiás hatékonysága miatt a 20. század második felére jelentősen veszített népszerűségéből, majd a 70-es évekre szinte teljesen el is tűnt a hivatalos magyarázómodellek köréből (Shorter, 1994; Aronowitz, 1998). A koncepciót az ún. bio-pszichoszociális modell váltotta fel, amely holisztikus irányultsága szerint azt az álláspontot képviseli, hogy nincsenek kitüntetetten lelki okokból eredeztethető, szomatikus manifesztációval rendelkező betegségek, hanem minden betegség háttérében feltételezhetünk – a biológiaiak mellett – pszichés és társadalmi okokat (Engel, 1977). Ez az elképzelés választ adott volna azokra a kérdésekre is, amelyeket az orvostudomány hagyományos biomedikális megközelítése nem tudott megoldani. A 70-es évek óta eltelt időszak azonban azt is bebizonyította, hogy a multikauzális, holisztikus modellek sem tudnak elégséges magyarázattal szolgálni számos betegség etiológiájával kapcsolatban.

Az 1970-es években kialakult és virágzásnak indult új tudományterület, az egészségpszichológia rendkívül jelentős mértékben hozzájárult ahhoz, hogy mind az egészségügyi szakemberek, mind pedig a laikusok körében elterjedjen a nézet, hogy a testi manifesztációkkal járó betegségek (a mai álláspont szerint *bármely* betegség) kialakulásában és lezajlásának folyamatában fontos szerepe lehet a pszichés és szociális folyamatoknak (Kulcsár, 1998; Csabai és Molnár, 1999). Hangsúlyozzuk, hogy az egészségpszichológia általában az orvosilag besorolható, diagnosztikus rendszerekbe illeszkedő tünetekkel foglalkozik, és kevés figyelmet szentel az „orvosilag nem magyarázható”, szomatizációs jelenségeknek. A tünetek háttérében álló viselkedésformák leírásával, modellek kidolgozásával természetesen számos adalékkal szolgált ezen mechanizmusok megértéséhez is. Nem adott azonban elégséges választ számos olyan problémára, amely a testtel és annak patológiás változásaival kapcsolatos nézetek és tudás, valamint a szakértői és laikus ismeretek és a diskurzivitás összefüggéseit, továbbá az önkifejezés, a kontroll és a felelősség vonatkozó szociálpszichológiai kérdéseit érinti. Ennek oka leginkább az volt, hogy az egészségpszichológia (döntően kognitív hangsúlyú) magyarázó modelljei elsősorban az individuális viselkedés és intrapszichés mechanizmusok pszichofiziológiai folyamatokra gyakorolt hatására koncentráltak, és a modellek a holisztikus elképzelések és a redukcionista teóriák között ingadoztak. Példaként említhető a kardiovaszkuláris betegségek etiológiájának magyarázatára alkotott „A típusú viselkedés” koncepció, amely eredeti szándéka

szerint éppen egy holisztikus, antiredukcionista modellt kívánt bevezetni, ahol a hagyományos rizikófaktorok mellett megfelelően reprezentálhatók a „nem mérhető” tényezők, vagyis a modern ipari társadalmak problémái által okozott pszichoszociális problémák. Az A típusú viselkedés koncepciójának mára több évtizedes története bebizonyította, hogy ezek a törekvések valójában a redukcionista pszichoszomatikus elmélethez való visszatérést eredményezték, mivel magát az A típusú viselkedést is a kvantifikálható, szűk dimenziójú rizikófaktorok körébe sorolták (Aronowitz, 1998). További problémát okozott, hogy nem tudták kiküszöbölni az egészségkárosító viselkedést produkáló személyek bűnbakként, felelősként való megbélyegzését. Az, hogy a holisztikus elképzelések – sokszor az eredeti szándékokkal ellentétben – a redukcionista diskurzusokat erősítették, rámutat azokra a súlyos kutatás-módszertani problémákra, melyek következtében nem sikerült egyértelműen sikeres kutatási stratégiákat kidolgozni az egyéni és társas viselkedés betegségek kialakulásában játszott szerepének vizsgálatára. Részben ezekre próbált választ adni az egészségpszichológia új ágazata, az 1990-es évek végén megjelent kritikai egészségpszichológia, amely módszertani újításai – a kvalitatív vizsgálati módszerek bevezetése – mellett a szemléleti keretet is bővíteni próbálta, például a narratív szempontok beemelésé által.

## A betegség-narratívumok vizsgálatának megjelenése

A pszichológiában az 1980-as évek elejétől kezdve jelent meg a narratív megközelítés, amely egyszerre jelentett fontos kutatási paradigmát, de az emberi viselkedéssel kapcsolatos nézőpontok új típusú szemléleti keretét is (vö. Ehmann, 2002; László, 2005). Az irányzat egyik fontos középponti tétele az a gondolat, hogy a szubjektív beszámolók fontos adalékokat adnak azzal kapcsolatban, hogy az emberek miként észlelik saját viselkedésüket a társas térben, és arról is, hogy miként gondolkodnak saját magukról. Kezdetben a narratív kutatások elsősorban a self és az identitás problémájára helyezték a hangsúlyt (vö. Erős és Ehmann, 1996), de az 1990-es évektől önálló jelentőségre tettek szert az irányzat betegség-megéléssel kapcsolatos alkalmazásai is. Ennek keretében három irányvonal kezdett kibontakozni (Hydén, 1997). Az első szerint a betegség folyamata – a kórtörténet – felfogható úgy, mint egy elbeszélés, amely a test (és lélek) traumára, fertőzésre, sérülésre vagy egyéb negatív behatásokra és körülményekre adott válaszainak egymásra épüléseként modellezhető és értelmezhető. A második megközelítés a betegségről szóló elbeszéléseket vizsgálja, különös figyelmet fordítva a szubjektív élményekre, a betegségben szenvedő személy saját maga alkotta kórtörténetére. A harmadik – talán legkevésbé kutatott – irányzat azzal foglalkozik, hogy a narratívumokban fellelhető jellegzetességek miként feleltethetők meg pszichopatológiai jegyeknek.

A betegség-narratívumok kutatása – összhangban a társas konstrukcionista modellek megjelenésével – kezdetben arra irányult, hogy az orvosok miként hozzák létre,

hogyan „konstruálják” a betegségeket. Ma kevesebb figyelmet fordítanak a klinikai gyakorlatban megjelenő orvosi tapasztalatokra, inkább a betegek szenvedésélményén van a hangsúly. Ennek a megközelítésnek a kiindulópontját az a megfigyelés képezte, hogy a (krónikus) betegség gyakran teljesen megváltoztatja a betegségben szenvedő személy önmagához és a világhoz való viszonyát és viselkedését. Arthur Kleinman *Betegségnarratívumok* (1988) című, korszakalkotó kötete teljes mértékben az egyéni szenvedés elbeszélésének módozataira irányította a kutatók figyelmét. Az 1990-es években több szerző – így pl. Arthur Frank (1995) – megfogalmazta, hogy a betegségnarratívumok nem csupán azt a szerepet töltik be, hogy általuk artikulálhatóvá válik a szenvedés, hanem azt is, hogy lehetővé teszik a szenvedő számára, hogy saját nyelvén fogalmazza meg élményeit, nem pedig azon a nyelven, amit az orvostudomány előír számára. A betegségnarratívumok vizsgálata párhuzamosan zajlott a narratív szemlélet társadalomtudományi előretörésével. A témakör feldolgozásának alig több mint két évtizedes története során többféle megközelítés is megjelent. Kezdetben a kutatók inkább arra helyezték a hangsúlyt, hogy miként tükröződik egy narratívumban a betegség, ma azonban egyre fontosabbá válik a narratívum és környezete, a narratívumok egymáshoz való viszonya (pl. egy adott elbeszéléssorozatban), illetve a narrátor és a hallgató kapcsolata. Különösen fontos kérdésként jelenik meg az is, hogy miként rekonstruálja az élettörténetet az adott betegségnarratívum (vö. Ehmann, Kulcsár és Rigó, 1996). Korábban kevesebb figyelmet szenteltek annak a – mostanában egyre határozottabban előkerülő – kérdésnek, hogy az egyéni betegségnarratívumok hogyan illeszkednek a „nagy elbeszélésekhez”, azaz a betegségekkel kapcsolatos tudományos és populáris diskurzusokhoz és társadalmi reprezentációkhoz. (Ezen a ponton megmutatkozik a „narratív” és „diskurzív” megközelítések jelentős hasonlósága; vö. Bodor, 2002.) Az egyéni és társas elbeszélésmódok és reprezentációk együttes tárgyalásának azért van különös jelentősége, mert segíthet empirikus bizonyítékokkal alátámasztani azt az eredetileg Michel Foucault által megfogalmazott tételt, hogy a betegség nem csupán a bio-pszichoszociális folyamatok nehezen feltárható kapcsolatának modellje szerint írható le, hanem olyan megközelítésben is, ahol a tünetképzésben kitüntetett szerepet kapnak a betegségekre vonatkozó nézetek, a tudánypolitika és az orvoslás szakmai-hatalmi struktúrái, valamint az orvos-beteg kapcsolat szerkezete is. Bár Foucault nem sorolta magát a konstrukcionista paradigma követői közé, mégis eredendően neki tulajdonítják azt a gondolatot, hogy a betegség felfogható úgy is, mint a beteg, az orvos és a társadalom által közösen létrehozott alkotás, konstrukció.

## A betegségek szociális konstrukcionista megközelítése

A „betegségek szociális konstrukciói” kifejezés arra utal, hogy milyen nem biológiai tényezők – nézetek, gazdasági kapcsolatok, társadalmi intézmények – határozzák meg a betegségekkel kapcsolatos koncepciókat. A társas konstrukciók bemutatására

az elemzők általában olyan betegségeket választanak, amelyek erős reakciókat váltanak ki. Ez összefügghet a betegség által érintett népesség stigmatizáltságával (pl. tbc, szifilisz, AIDS); a szomatikus bázis ellentmondásosságával és az így felmerülő egyéni felelősség problémájával (pl. pszichiátriai betegségek, alkoholizmus, anorexia); és a betegség által kiváltott szorongással, esetenként halálos fenyegetettséggel (pl. daganatos betegségek). Jól ismertek azok az elemzések, amelyek a kiemelt metaforikus erővel rendelkező betegségekkel – pestis, szifilisz, tbc, epilepszia, rák, AIDS – kapcsolatos reprezentációk alakulásában mutatják ki a társadalmi konstrukciók szerepét és ezek hatását a professzionális és populáris diskurzusokra, a betegség megélésére (Sontag, 1983, 1990).

A hagyományos értelemben pszichoszomatikusnak nevezett betegségek klasszifikációjának változásaiban szerepet játszó szociális konstrukciók és diskurzusok működésének elemzésére illusztratív példaként kínálkozik a *hisztéria* története – nem utolsósorban azért, mert ez a kórkép a mai szomatizációs tünetsoport előfutárának tekinthető. Ez a napjainkban hivatalos diagnózisként már nem használatos (a mindennapi szóhasználatban mégis tovább élő), több ezer éves története során számos némenklatúrabeli és tüneti átalakuláson átesett betegség igen jól reprezentálja a testhez, a betegséghez, az orvosi szaktudáshoz, a nemiséghez és az önkifejezéshez való viszony változásait. A betegség története során számos próbálkozás történt az organikus okok meghatározására, míg végül a pszichoanalízis klasszikus elméletének köszönhetően a tüneti kép pszichológiai magyarázatot kapott, s így került a pszichiátriai/neurotikus betegségek osztályába. A hisztéria diagnózisának és tüneteinek későbbi, a pszichiátriai betegségek osztályozását tartalmazó DSM-beli változásait követve tetten érhető az orvostudomány testhez és betegséghez fűződő általános viszonyának változása is (Cloninger, 2001). Ennek egyik következménye lett, hogy a „pszichoszomatikus betegség” kategória is kitágult, végül általános, minden betegségre kiterjesztett jelölővé vált, tartalmi elbizonytalanodtak, majd ez a fogalom is kikerült a hivatalos klasszifikációk köréből. A témával kapcsolatos kritikai pszichológiai és antropológiai szakirodalom a folyamatot tisztán szociális konstrukcionista kontextusba helyezi, mondván, hogy a hisztéria – majd a neurózis és a „pszichoszomatikus betegség” – diagnózisainak megszűntetése, feldarabolása és a hétköznapi viselkedésformák patológizálásának tendenciája csupán az (orvos)tudomány tekintélyének legitimációját, hatalmának elmélyítését szolgálja (Kutchins és Kirk, 1997). Ez a redukcionista álláspont azonban kiegészítésre szorul. A diagnózisok és tünetek változásai legalább ennyire tükrözik más fontos társadalmi folyamatoknak is: a testtel kapcsolatos tudás változásainak, a betegséggel kapcsolatos diskurzusoknak, a nemi szerepek átalakulásának (Wenegrat, 2001). Nem fogadhatjuk tehát el azt a radikális szociális konstrukcionista megközelítést, amely a betegséget csupán címkének tekinti, és nem veszi figyelembe az egyén megélt, testi tapasztalatait. A lelki (társadalmi) szenvedés testi manifesztációinak sémái kevésbé körülhatároltak, nehezen értelmezhetők. Szerepet játszanak benne a fegyelmezett, jól kontrollált testtel kapcsolatos normatív elvárások, a viselkedéssel és érzelmekifejezéssel kapcsolatos felelősség üzene-



tei, a szomatikus okok feltárására szolgáló technikák szinte kimeríthetetlen választéka, s a mindezekkel kapcsolatos általános bizonytalanságérzés. Ezek a problémák tükröződnek abban a megújult érdeklődésben, amely az 1990-es évektől kezdődően jellemzi a hisztériával és általában a lelki eredetűnek tekintett testi tünetekkel, szomatizációs jelenségekkel kapcsolatos konstrukciókat és diskurzusokat elemző társadalomtudományi szakirodalmat (Gilman és mtsai, 1993; Showalter, 1997; Mitchell, 2000). Különösen ígéretes, hogy a kérdéskör vizsgálatában egy új megközelítés körvonalazódik: az ún. „*materiális-diskurzív-intrapszichés*” elemzési modell. (A „materiális” kifejezés a biológiai, szociológiai és intézményes vonatkozásokra, a „diskurzív” a társas és nyelvi tényezőkre, az „intrapszichés” pedig a belső pszichodinamikai szempontokra vonatkozik.) Deklarált célkitűzése szerint ez a megközelítés egyik elemzési szintet sem privilegizálja, és olyan episztemológiai és metodológiai keretet javasol, amelyben nincsenek a kauzalitással, az objektivitással vagy a vizsgálómódszerekkel kapcsolatos *a priori* előfeltevések (Ussher, 1997; Yardley, 1997). Természetesen ezt a modellt sem tekinthetjük a korábbi megközelítések hibáit megoldó, „mindentudó” paradigmának, de mindenképpen alkalmasnak tűnik a hiányzó diskurzív dimenzió elemzésére, annak más faktorokkal való egybevetésére, illetve a már többször említett metodológiai nehézségek enyhítésére. A betegségekkel kapcsolatos tudományos és laikus beszédmód, a „diskurzusok” elemzését napjainkban az teszi különösen indokolttá, hogy az információs társadalom teljesen új helyzetet teremtett ezen a téren, melynek hatására megváltozott a betegségekkel kapcsolatos tudás státusza és szerkezete. Ez pedig további változásokat hozott a tünetekhez való viszonyulásban, sőt magában a tünetképzésben is.

## A szakértői tudással kapcsolatos bizonytalanságok

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

ben. A diagnosztikus eszközök fejlődésével megváltozott, képlékennyé vált az egészség és a betegség közötti határ is, hiszen számos olyan folyamat, jelenség vált felismerhetővé, amely sok esetben csak egy betegség későbbi megjelenésének lehetőségére hívja fel a figyelmet.

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

## *A szakértői és a laikus diskurzusok egymásra hatása*

A nemzetközi kutatási és tudománypolitikai trendek az utóbbi néhány évben a professzionális és a laikus tudás közeledésének, interakciójának szükségességét hangsúlyozzák. Kutatások igazolják, hogy a tudomány a tudásalapú társadalmakban valóban egyre érzékenyebbé válik a környezetére, azaz a tudás felhasználóira (Gibbons és mtsai, 1994). Fokozatosan megváltozik a tudomány státusza is: veszít hierarchikus jellegéből, s egy hálózatba illeszkedik, ahol nem foglal el privilegizált pozíciót, s ennek következtében megváltozik a „szakértő” fogalma is. Ezt a trendet jelzi például a magatartástudományokban megjelent új terminus, a „laikus szakértő” felbukkanása, és az is, hogy a szomatizációs jelenségeket egyre inkább az „orvosilag nem magyarázott” vagy „megmagyarázhatatlan” tünetek címkéjével azonosítják, jelezve, hogy a problémának a megismerés, a (szakértői) tudás szempontjából való megközelítésére van szükség (Prior, 2003; Merskey, 2004; Kulcsár, Rózsa és Kökönyei, 2004). A szomatizáció témája szempontjából ez azt jelenti, hogy orvosoknak és betegeknek is fel kell ismerniük, hogy a betegség közösen megoldandó probléma, s ez nem csupán a megfelelő orvos-beteg kapcsolatot feltételezi, hanem azt is, hogy a felek más-képp viszonyulnak a betegséggel kapcsolatosan rendelkezésükre álló tudáshoz (Pilling, 2004). Ezt a felismerést különösen indokoltá teszi, hogy napjainkban a média és az internet segítségével egyre több információ hozzáférhető mind a szakemberek, mind pedig a laikusok számára, ami azonban nemcsak a tájékozottságot, de a bizonytalanságot is növeli. Eddigi kutatásainkból kiderült, hogy bár a laikusok változatos ismeretekkel rendelkeztek a szomatizáció kérdéskörével kapcsolatban, és rendszeresen tájékozódtak a témában különböző ismeretterjesztő forrásokból, az orvosi tudással, szakértelemmel kapcsolatos bizalmuk nem volt túl erős (Kende, Szili, Csabai, 2005). Bár egy 2000-ben készült felmérés szerint Magyarországon még na-

gyobb a tudománnyal szembeni bizalom, mint Nyugat-Európában (amely részben a tekintélytiszteltetből, a demokratikus kétely hiányából is eredhet), a globalizáció és nyugatiasodás erősödésével nálunk is megfigyelhető a bizalom csökkenésének tendenciája (Mosoniné, Orisek, Tolnai, 2003; Tamás, 2004). A bizalom erősítésére Nyugat-Európában új kutatási irányvonalak és mozgalmak indultak „Public Understanding of Science” néven. Ezek középpontjában az a gondolat áll, hogy a szakemberek részéről a továbbiakban nem elég a hagyományos ismeretterjesztés, hanem interaktív kapcsolatteremtést kell kialakítani a szakemberek és a laikusok között, és az orvostudomány területén ennek kiemelt jelentősége van (Arksey, 1999; Fábri, 2004). A szomatizációs jelenségek különösen fontos területét képezhetik ennek a párbeszédnek, több okból is. Itt a legnagyobb a bizonytalanság a diagnózisalkotásban, továbbá itt igen magas a tünetekkel kapcsolatban különféle forrásokból tájékozódó betegek – „laikus szakértők” – száma. Továbbá szakirodalmi adatok bizonyítják, hogy ezen a területen rendkívül nagyok az eltérések a téma kutatói, az akadémiai világ és a klinikusok, a gyakorló szakemberek nézetei között (Peveler és mtsai, 1997; Wessely, 2001). A szomatizáció tehát – hasonlóképp ahhoz, ahogy a 19–20. század elején a hisztéria – sűrítve hordozza az átalakuló társadalom legfontosabb problémáit, válságtüneteit.

## A szomatizáció problémája napjaink klinikai gyakorlatában

Amint már korábban is utaltam rá, a szomatizációval kapcsolatos érdeklődés megélénkülésének egyik magyarázata az, hogy bár a diagnosztikus technikák fantasztikus ütemben fejlődnek, a „megmagyarázhatatlan” tünetek előfordulása igen magas – különféle tanulmányok 10 és 50% között becsülik ezt az arányt, de a legtöbb szerző 20% körüli átlagot ad meg (Kirmayer és Young; 1998; Preveler és mtsai, 1997). Sok szakértő értetlenül áll a tény előtt, hogy bár igen gyorsan fejlődnek és rendkívül hatékonyak a diagnosztikus eljárások, mégis ilyen nagyarányú az ismeretlen okú tünetek száma. Ennek számos, a korábbiakban már részletezett oka van: csökken az orvosi tekintély és nő a média hatása, az emberek hajlamosak a normál testi működéseket is medikalizálni stb. Bizonyos szerzők szerint korunkban az emberek kifejezetten keresik a testi tüneteket, és gyakrabban mennek betegszabadságra (Shorter, 1994). Ezt erősíti az a tanulmány is, amely különböző felmérések eredményeit összegezve leírta, hogy egy kététhes periódus alatt a válaszadók csupán 5–14%-a számolt be arról, hogy semmilyen tünetet nem észlelt magán (Stewart, 1990). A többség által észlelt „tünetek” természetesen a fiziológiai működések normál ingadozásait is jelenthették, amelyeket azonban a megkérdezettek hajlamosak voltak betegség jelének tekinteni. A szomatizáció gyakori előfordulása különösen nagy terhet ró az egészségügyi ellátási rendszerre, hiszen ezekben az esetekben sokszor nem zárul sikerrel az orvos-beteg találkozás: nincs megfelelő diagnózis, s ennek következtében további (gyakran feles-

leges) kivizsgálásokra kerül sor. Máskor pedig az orvos pszichoterápiás, életvezetési javaslatokkal próbálkozik, amit a betegek többnyire elutasítanak, mondván, hogy nekik „konkrét” szomatikus panaszuk van, s arra várnak megoldást. Az utóbbi évtizedekben a szomatizáció szakirodalmában a leggyakrabban a mentális okok szerepeltek, s ennek hatására antidepresszáns és kognitív terápiás kezeléseket javasoltak a szerzők (Sharpe és Carson, 2001). Ezek nem mindenütt épültek be az orvosi gyakorlatba (tegyük hozzá: nem is biztos, hogy minden esetben indokoltak), és növelték a páciensek ellenállását is. Mindezen tényezők hatására a szomatizációs jellegű panaszokkal jelentkező páciensek körében általános tendencia a gyakori orvosváltás, a „felesleges” orvos-beteg találkozások és az öngyógyszerelés, amelyek jelentős költségeket okoznak mind az egészségügyi ellátási rendszer, mind a páciensek számára. Mindez természetesen nagymértékben rombolja az orvos-beteg kapcsolatot, az orvosok és betegek elégedettségét és a kölcsönös bizalmat. A szomatizáció problémájának előtérbe kerülése napjainkban részben ezekkel a frusztrációkkal és a bizalomvesztéssel van tehát összefüggésben.

A bizalomvesztés hátterében azonban manapság újabb okokat is felfedeztek. Ezek, mint már szó esett róla, elsősorban korunk információs társadalmának új kihívásaiból eredeztethetők. Napjainkra kialakult az a helyzet, hogy a laikusok elvileg bármilyen tudományos közleményhez, korábban csak a szakma által megismerhető anyagokhoz hozzáférhetnek. Az orvosi tudásba vetett bizalom csökkenése gyakran *magával az orvossal* kapcsolatos bizalom csökkenését is eredményezi, ami rendkívül káros hatással van az orvos-beteg kapcsolatra (Stevenson és Scambler, 2005). Az orvosi szakértelem megkérdőjelezése és a bizalomvesztés főként azokban az esetekben gyakori, amikor az orvos pszichés hátterűnek címkézi a tüneteket, és ezt a véleményt meg is osztja a pácienssel (Peters és mtsai, 1998). Gyakori ilyenkor, hogy a páciensek saját szavahihetőségüket hangsúlyozzák – mondván, hogy „csak ők tudják, mit éreznek”. Azzal vádolják az orvosokat, hogy elhanyagoltak bizonyos vizsgálatokat vagy nem megfelelően alkalmazták azokat; és a tünetek orvos általi „negligálását” gyakran a páciens elutasításával azonosítják. Sokszor tehát az ő körükből kerülnek ki az orvos-beteg kapcsolat szempontjából „nehéz” betegek (Pilling és Cserhádi, 2004). A szomatizáló betegek gyakori kapcsolatban vannak az egészségügyi dolgozókkal, ezért igen sokféle információhoz jutnak, és gyakran ezek az információk alakítják a tünetek bemutatását (Peters és mtsai, 1998). A szomatizáció több évtizedes (évszázados) szakirodalmából közismert, hogy ezek a páciensek igen érzékenyek a külső információkra, hiszen nagy szükségük van a különböző magyarázatokra bizonytalan tüneteik értelmezéséhez. E bizonytalan tünetekkel kapcsolatos figyelem megerősödik, ha a személy hasonló tüneteket észlel vagy azzal kapcsolatos információkat kap a környezetéből (ezekre példa az utóbbi évekből az „irritábilis bél szindróma” vagy a „krónikus fáradtság szindróma” esetek előfordulási gyakoriságának nagymértékű növekedése). A szomatizációs tünetek kialakulásának és egészségügyi „karrierjének” a vizsgálata jól mutatja azt is, hogy a média, az internet és egyes gyógyszerreklámok révén miként medikalizálódnak hétköznapi, banális vál-

tozások a fiziológiai működésben, s miként válnak ezek az orvos-beteg kapcsolat frusztrációforrásaivá.

Mindezekből adódóan az utóbbi időben egyre nagyobb igény mutatkozik a szomatizációval kapcsolatos nézetrendszerek, kommunikációs és diskurzív folyamatok megismerése iránt. A témával kapcsolatos eddigi tanulmányok elsősorban azt vizsgálták, hogy a páciensek mit gondolnak a tüneteikről, míg kevesen foglalkoztak azal, hogy az érintettek mit gondolnak az orvosi magyarázatokról. Hasonlóképp csak szórványosan vizsgálták az orvosok nézeteit. Dowrick és munkatársai (2004) felmérése szerint a szomatizáló páciensek úgy látják, hogy az orvosok a normalizáció (a betegség hiányának hangsúlyozása) vagy a megnyugtató eszközzel élnek, esetleg nem adnak semmilyen magyarázatot a betegeknek, akik viszont tovább ragaszkodnak a tüneteikhez. Talán még kevesebb vizsgálat született az orvosok betegekkel kapcsolatos nézeteinek feltárására. Ezek közül kiemelendő Wileman és mtsai (2004) felmérése, akik háziorvosokkal készült interjúk tartalomelemzése révén arra a megállapításra jutottak, hogy az orvosok általában pszichológiai háttérűnek tartották az orvosilag nem magyarázott, „szomatizációs” tüneteket, és hangsúlyozták a lelki betegségek elfogadhatatlanságát a társadalomban, különösen a férfiak között. Általános vélekedésnek találták a szakemberek között, hogy a páciensek „felnagyítják” a kisebb tüneteket, hogy segítséget kapjanak. A pácienseket gyakran „frusztrálónak”, „elszomorítónak” írták le az orvosok, főként amiatt, hogy véleményük szerint gyakran jelennek meg olyan szociális problémák a tünetek háttérében, amit az orvos nem tud befolyásolni. Sokan úgy érezték, hogy csupán elenyészően kevés befolyásuk van a betegek gondolkodására, és hogy a páciensek erőteljes kontrollt gyakorolnak az orvos-beteg találkozás menetére. Megemlítték azt a félelmüket is, hogy a betegek hatalmat szerezhetnek felettük azáltal, hogy megkérdőjelezzik a szaktudásukat vagy nem bíznak a képességeikben. Mindez természetesen negatív hatást gyakorol az orvos-beteg kapcsolatra, a gyógyulásra és a további tünetek kialakulására is, de ami témánk szempontjából még fontosabb – és amit a legújabb kutatásokban kezdenek hangsúlyozni –, hozzájárulhat magához a szomatizáció folyamatához, a tünetképzéshez (Bensing és Verhaak, 2006).

Kutatócsoportunk a *Pszichológia* jelen tematikus számában bemutatásra kerülő vizsgálati eredményei a fenti kérdések tanulmányozásához további adalékokkal járulhatnak hozzá. Reményeink szerint segítik a kutatókat az elméleti szakemberek által inkább rejtélyesnek, a test/lélek dilemmát sűrítve megjelenítő izgalmas feladványnak, míg a gyakorló orvosok által inkább frusztrálónak tekintett problémakör feltárásában, a kérdések megválaszolásában és gyakorlati megoldások kidolgozásában. (A kutatás három fázisának leírása Kende Anna és Füleki Katalin tanulmányában található. Az első fázis, a fókuszcsoport-vizsgálat további részletes bemutatását olvashatjuk Kovai Melinda írásában.)

A kézirat elfogadva: 2006. május

## Irodalom

- ARKSEY, H. (1999): Expert and lay participation in the construction of medical knowledge. *Sociology of Health and Illness*, 16, 448–468.
- ARONOWITZ, R. A. (1998): *Making Sense of Illness. Science, Society and Disease*. Cambridge University Press.
- BENSING, J. M., VERHAAK, P. F. M. (2006): Somatization: a joint responsibility of doctor and patient. *The Lancet*, 367, 452–453.
- BODOR Péter (2002): Konstruktivizmus a pszichológiában. *BUKSZ*, tavaszi szám, 67–76.
- CLONINGER, R. C. (2001): The origins of DSM and ICD criteria for conversion and somatization disorders. In: HALLIGAN, P. W. et al (eds.): *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford University Press, 49–63.
- CSABAI Márta, ERŐS Ferenc (2000): *Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei*. Budapest, Jászóveg Műhely Kiadó.
- CSABAI Márta, MOLNÁR Péter (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás. Az orvosi pszichológia tankönyve*. Budapest, Springer.
- DOWRICK, C. A., RING, A., HUMPHREYS, G. M., SALMON, P. (2004): Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *British Journal of General Practitioner*, 54, 165–170.
- EHMANN Bea (2002): *A szöveg mélyén. A pszichológiai tartalomelemzés*. Budapest, Új Mandátum.
- EHMANN Bea, KULCSÁR Zsuzsanna, RIGÓ Adrienn (1996): *Autoimmun nőbetegek életútjának közös jellegzetességei*. A Magyar Pszichológiai Társaság 12. Nagygyűlésén elhangzott előadás.
- ENGEL, G. L. (1977): *The need of a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196, 129–136.
- ERŐS Ferenc, EHMANN Bea (1996): Az identitásfejlődés tükröződése az önéletrajzi elbeszélésekben. In: ERŐS Ferenc (szerk.): *Azonosság és különbözőség. Tanulmányok az identitásról és az előítéléről*. Budapest, Scientia Humana.
- FOUCAULT, M. (1996): *A szexualitás története. A tudás akarása*. Budapest, Atlantisz.
- FOUCAULT, M. (2000.): *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Budapest, Corvina.
- FRANK, A. (1995): *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago, Chicago University Press.
- GIBBONS, M., LÍMOGES, C., NOWOTNY, H., SCHWARTZMAN, S., SCOTT, P., TROW, M. (1994): *The New Production of Knowledge*. London, Sage.
- GIDDENS, A., KING, H., PORTER, R., ROUSSEAU, G. S., SHOWALTER, E. (1991): *Modernity and Self-Identity*. Cambridge, Polity Press.
- GILMAN, S. et al. (1993): *Hysteria Beyond Freud*. London, University of California Press.
- GOOD, B. J. (1994): *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- GROSZ, E. (1994): *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press.
- HYDÉN, L.-C. (1997): Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*, 19, 1, 48–69.
- MITCHELL, J. (2000): *Mad Men and Medusas. Reclaiming Hysteria*. New York, Basic Books.

- KENDE Anna, SZILI Katalin, CSABAI Márta (2005): Laikusok és gyakorló orvosok nézetei a szomatizációról. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 6. (1), 53–59.
- KIRMAYER, L., YOUNG, A. (1998): Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological and Ethnographic Perspective. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420–430.
- KLEINMAN, A. (1988): *Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books.
- KOPP Mária, SKRABSKI Árpád (1995): *Magyar lelkiállapot*. Budapest, Végeken Kiadó.
- KOPP Mária, KOVÁCS Mónika (szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- KULCSÁR Zsuzsanna, RÓZSA Sándor, KÖKÖNYEI Gyöngyi (szerk.) (2004): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- KULCSÁR Zsuzsanna (1998): *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- KUTCHINS, H., KIRK, S. A. (1997): *Making us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. The Free Press.
- LÁSZLÓ János (2005): *A történetek tudománya*. Budapest, Új Mandátum.
- LOSONCZI Ágnes (1997): A magyar népegészség romlásának társadalmi okairól. *INFO-Társadalomtudomány*, 40, 11–31.
- MERSKEY, H. (2004): Somatization, hysteria, or incompletely explained symptoms? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 649–651.
- MORRIS, D. B. (1998): *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Los Angeles, University of California Press.
- MOSONINÉ FRIED Judit, ORISEK Andrea, TOLNAI Mária (2003): Tudomány és társadalom: konstruktív párbeszéd. *Világosság*, 9–10, 9–22.
- 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, 599–565.
- PEVELER, R., KILKENNY, L., KINMONTH, A. (1997): Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 245–252.
- PILLING János, CSERHÁTI Zoltán (2005): Kommunikáció szomatizáló betegekkel. In: *Rezidensképzés. Egészségügyi dokumentáció, minőségbiztosítás, jogi, etikai ismeretek, kommunikáció*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 197–206.
- PILLING János (szerk.) (2004): *Orvosi kommunikáció*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- PRIOR, L. (2003): Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health and Illness*, 25, 41–57.
- SHARPE, M., CARSON, A. (2001): „Unexplained” somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Annals of Internal Medicine*, 134, 926–930.
- SHORTER, E. (1994): *From the Mind into the Body. The Cultural Origins of Psychosomatic Symptoms*. New York, The Free Press.
- SHOWALTER, E. (1997): *Hystories. Hysterical Epidemics*. Picador.
- SONTAG, S. (1983): *A betegség mint metafora*. Európa.
- SONTAG, S. (1990): *Az AIDS és metaforái*. Európa.
- STEVENSON, F., SCAMBLER, G. (2005): The relationship between medicine and the public: the challenge of concordance. *Health*, 9 (1), 1363–4593.
- TAMÁS Pál (2000): *A tudomány és a technológia társadalmi képe a 90-es évek Magyarországon*. Budapest, Oktatási Minisztérium.

- TURNER, B. S. (1997): A test elméletének újabb fejlődése. In: FEATHERSTONE, M., HEPWORTH, M., TURNER, B. S.: *A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória*. Budapest, József Műhely.
- USSHER, J. M. (1997): *Body talk: The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*. London, Routledge.
- WENEGRAT, B. (2001): *Theater of Disorder. Patients, Doctors, and the Construction of Illness*. Oxford University Press.
- WESSELY, S. (2001): Discrepancies between diagnostic criteria and clinical practice. In: HALLIGAN, P. W. et al. (eds.): *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford University Press, 63–73.
- WILEMAN, L., MAY, C., GRAHAM, C. (2004): Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice*, 19, 178–182.
- YARDLEY, L. (1997): *Material Discourses in Health and Illness*. London, Routledge.

## MÁRTA CSABAI

### The social-psychological and scientific environment of somatization research

The paper gives an overview about the main approaches which have contributed to the study of somatization phenomena in the last few decades. The basic argument of the author is that scientific discourses about the subject (somatization) and their social background play a pivotal role in its formation: in symptomatology, diagnosis-making and in the behaviour of patient and doctor, respectively. During its almost hundred years history the study of somatization belonged mainly to clinical medicine and psychoanalysis, and to psychophysiologicaly oriented research. It was only in the last few decades when researchers have started to acknowledge the relevance of social and discursive explanatory models. The social constructivist tendencies and critical theories in the social sciences, and the narrative turn in psychology had a significant role in this process. It is also discussed that the upcoming field of health psychology and its inner debates about the applicability of holistic models versus individual behaviour analysis have also substantially influenced the development of the social-psychological analysis of the „enigmatic” territory of somatization phenomena.