

Szomatoform disszociáció az orvosi gyakorlatban

*A jelenség ismertetése,
valamint felismerésének és kezelésének szempontjai*

Kovács Bianka Dorottya ^{ORCID} ■ Molnár Judit dr.

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

A szomatoform disszociáció egy olyan mentális jelenség, amelynek során a testi élmények, reakciók és funkciók integrációjának hiánya nyilvánul meg tünetekben. Olyan, a testet érintő disszociatív tünetek jelölésére alkalmas, amelyek az orvostudomány jelen állása szerint organikus zavarokkal nem magyarázhatók. A disszociáció prevalenciáját 10%-ra becsülik klinikai és átlagpopulációban egyaránt. Szomatoform disszociatív tünetek a szomatikus ellátásban elsősorban neurológiai, de egyes esetekben gasztroenterológiai, nőgyógyászati, urológiai vagy kardiológiai páciensek körében is előfordulhatnak. Klinikai megfigyelések arra engednek következtetni, hogy a szomatoform disszociáció prevalenciája nagyobb, mint a becsült adatok. A zavar felismerése nehézséget jelent, hiszen inkább szabály, mint kivétel, hogy a betegek kezdetben szomatikus tünetekkel jelentkeznek az alapellátásban. Összefoglaló tanulmányunk célja ismertetni a szomatoform disszociáció jelenségét és kialakulásának lehetséges okait. Emellett a tanulmány összefoglalja a zavar mérési lehetőségeit, a differenciáldiagnosztikai folyamatot, valamint szempontokat nyújt a zavar felismeréséhez és kezeléséhez egyaránt.

Orv Hetil. 2025; 166(8): 283–291.

Kulcsszavak: disszociatív zavarok, gyermekkori traumatikus élmények, orvosi magyarázhatatlan tünetek

Somatoform dissociation in medical practice

An overview of the phenomenon and key considerations for recognition and treatment

Somatoform dissociation is a mental phenomenon in which the lack of integration of bodily experiences, reactions, and functions manifests in symptoms. It refers to dissociative symptoms affecting the body that, according to current medical knowledge, cannot be explained by organic disorders. The prevalence of dissociation is estimated to be around 10% in both clinical and general populations. In somatic care, somatoform dissociative symptoms may occur mainly in neurological patients, but in some cases also in gastroenterological, gynaecological, urological or cardiological patients. Clinical observations suggest that the prevalence of somatoform dissociation may be higher than estimated. Recognizing the disorder is challenging because it is rather the rule than the exception that patients initially present with somatic symptoms in primary care. The aim of this summary is to describe the phenomenon of somatoform dissociation, its frequency, and the potential causes of its development. Additionally, the study summarizes the available methods for measuring the disorder, the differential diagnostic process, and provides guidance on recognizing and treating the disorder.

Keywords: dissociative disorders, traumatic childhood experiences, medically unexplained symptoms

Kovács BD, Molnár J. [Somatoform dissociation in medical practice. An overview of the phenomenon and key considerations for recognition and treatment]. Orv Hetil. 2025; 166(8): 283–291.

(Beérkezett: 2024. december 4.; elfogadva: 2024. december 30.)

Rövidítések

BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; DES = (Dissociative Experiences Scale) Disszociatív Élmények Skála; DSM-5 = (Diagnostic and statistical manual of mental dis-

orders, 5th edition) Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás; MR = mágneses rezonancia; SDQ-20 = (Somatoform Dissociation Questionnaire) Szomatoform Disszociáció Kérdőív

A disszociáció a természettudományból eredő fogalom, mely kémiai értelmezésben bomlást jelent. Azt a folyamatot nevezzük így, ha a kiindulási anyag molekuláit olyan hatás éri, amely a molekulában lévő kötés valamelyikét (általában a leggyengébbet) szétszakítja, s ennek következtében a molekula két vagy több új részecskére esik szét [1].

A disszociációt így tudjuk elképzelni a személyiség esetében is, hiszen a természettudományos megközelítéshez hasonlóan a disszociáció terminusa a személyiség felbomlását, az integritás hiányát jelenti [2]. Disszociáció során az egybefüggően megélt események és egyes mentális funkciók – amelyeknek integrált módon kellene létezniük és együttműködniük a többi funkcióval – elszakadnak a tudatosságtól, és kompartmentalizált módon, önállóan kezdenek el létezni. A disszociáció nem az észlelet eltűnését idézi elő, éppen ellenkezőleg. Ahogy a fizikában is, az emlék nemvész el – csak átalakul. A nem asszimilált jelenségek is érzékelhetők és tárolhatók, de nem a normáltudatosság szintjén. A disszociált információ átmenetileg, de reverzibilisen nem érhető el a tudatosság számára, azonban befolyásolhatja a tudatos (vagy tudattalan) tapasztalatokat [3–5].

A strukturális disszociáció elmélete szerint traumatizáció hatására a személyiség párhuzamosan létező, de nem egy időben tapasztalható személyiségrészekre bomolhat: egy (vagy több) úgynevezett *látszólag normális személyiségrésze* és úgynevezett *érzelmi személyiségrészek*re. A látszólag normális személyiségrészt arra szolgál, hogy az érintettek megpróbálják folytatni normális életüket, mindennapi cselekvéseiket, miközben elkerülik a traumatikus élményeket, az érzelmi személyiségrészekben

pedig a traumatizáció idején aktivált cselekvési rendszerek fixálódnak (például fokozott éberség, védekezés, menekülés stb.). Az érzelmi személyiségrészt elnevezés anynyiban megtévesztő lehet, hogy nem csak érzelmi személyiségrészt tapasztal meg érzelmeket: a név csupán a traumatikus érzelmek heves jellegét hangsúlyozza, melyek az egyén számára túlterhelőek, maladaptívak lehetnek. Az említett személyiségrészek egymás felé merevek és zártak. A személyiség megosztottsága az elmélet szerint az egyszerűtől a rendkívül bonyolult megosztottságig terjedhet [6].

A közelmúltig a disszociációval kapcsolatos tanulmányok ezt a mentális jelenséget az emlékezet, a tudat és az identitás zavaraira korlátozták. Ezeket ma a disszociáció pszichológiai funkciókban megnyilvánuló, azaz pszichiform formájaként tartjuk számon. A pszichiform disszociáció mentális funkciókkal kapcsolatos tüneteket foglal magában, mint például az amnézia, a deperszonalizáció vagy az intruzív élmények és a percepciók [2, 7]. A disszociációval kapcsolatos korábbi tanulmányok szerint azonban a disszociáció a reakciók és funkciók szomatiform összetevőinek integrációját is akadályozhatja (például anesztézia vagy motoros gátlások) [8]. Ezt a jelenséget *Nijenhuis* 1996. évi munkája alapján szomatiform disszociációnak nevezzük [9].

A szomatiform disszociáció

A *Nijenhuis* által megalkotott elnevezésben a szomatiform jelző arra utal, hogy a disszociáció tünetei hasonlítanak a szomatikus, főként neurológiai betegségek tüneteire vagy valamely szer hatásához, de egyikkel sem

1. táblázat | A disszociáció csoportosítása a pozitív-negatív tüneteket és a traumára adott reakció típusait magukban foglaló dimenziók mentén [5, 11]

	Pszichiform	Szomatiform
Negatív tünetek	Amnézia Deperszonalizáció Érzelmi anesztézia Abulia (akaratgyengeség) Szuggesztibilitás Személyiségváltozások	Testi anesztézia (vizuális, auditoros) Csólátás Analgesia Motoros gátlás Bénulás Nyelési nehézség Alvászavar Lokalizált fájdalom Különös szaglás/ízlelés
Pozitív tünetek	Intruzív élmények és percepciók: tudatba betörő hangok, érzelmek, gondolatok, képek, traumatikus emlékek Tudattalan cselekvések Hisztériás rohamok Obsessio (rögzült elképzelések) Szomnambulizmus Delírium (disszociatív pszichózis)	Intruzív testi érzések: fájdalom, reenactmentek (újrajátszások), traumatikus emlékek testi komponensei Konvulzió Tudattalan cselekvések Hisztériás rohamok (szomatiform tünetegyüttessel) Obsessio (rögzült elképzelések) Szomnambulizmus Delírium (olyan állapotváltozások, amelyek groteszk szomatiform elváltozásokat és a valóság vizsgálatának kudarcát foglalják magukban) Proprioceptoros, vizuális, auditív érzékelés, ízlelés és szaglás, a motoros reakciók feletti kontroll elvesztése

Forrás: Nijenhuis, 2004; 13. old. [5] és Merza és Kuritárné, 2012; 22. old. [11]

magyarázhatók. A disszociáció pedig az integratív mentális funkciók zavarát írja le [2], hiszen a tünetek az élmények valamely szomatikus aspektusának integrálási kudarcra miatt alakulnak ki [6]. A szomatoform disszociáció tehát olyan jelenséget jelöl, amelynek során a testi élmények, reakciók és funkciók integrációjának hiánya nyilvánul meg tünetekben [2]. A szomatoform disszociáció olyan, a testet érintő disszociatív tünetek jelölésére alkalmas, amelyek az orvostudomány jelen állása szerint organikus zavarokkal nem magyarázhatók [6, 9]. A szomatoform disszociatív tünetek esetén azonban fontos hangsúlyoznunk, hogy pusztán fenomenológiailag érintik a testet, hiszen a szomatoform elnevezés ellenére mentális jelenségről beszélünk [2, 7].

A szomatoform disszociáció magában foglalja a mentális integritás zavarának pozitív és negatív testi tünetekben történő megnyilvánulásait. A pozitív szomatoform tünetek intruzív jellegűek, az állapotfüggő vagy traumához kapcsolódó válaszok reaktiválódását jelenítik meg. Pozitív tünet lehet például a lokalizált fájdalom, bizonyos mozgások, különös szaglás vagy ízlelés. A negatív tünetek az érzékelés és a kontroll elvesztésével, funkcióvesztéssel járnak. Negatív szomatoform tünetre példa a proprioceptoros, vizuális, auditív érzékelés, ízlelés és szaglás, valamint a motoros reakciók feletti kontroll elvesztése [9, 10] (1. táblázat) [5, 11].

Az említett tünetek összességében a konverziós tünetcsoportot írják le (testi anesztézia, motoros funkciók deficitje és intruzív testi érzések) [2]. Ezt támasztja alá, hogy a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO) legfrissebb, 11. kiadásában a konverzió a disszociatív zavarok (6B6) között 'Disszociatív neurológiai tünetzavar'ként (6B60) szerepel.

A disszociáció konceptualizálását ugyanakkor viták övezik, ami abban is megmutatkozik, hogy a klasszifikációs rendszerek eltérő csoportokba sorolják a szomatoform disszociációt. A Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének 5. kiadásában (DSM-5) a szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok alatt (Konverziós zavar/Funkcionális neurológiai tünetzavar), míg a BNO-ban, ahogy már említésre is került, a disszociatív zavaroknál találjuk [11, 12]. Továbbá azt is fontos megemlítenünk, hogy disszociatív tünetek nem kizárólag disszociatív kórképekben fordulhatnak elő, hanem számos egyéb mentális zavarban jelen lehetnek, akár diagnosztikus kritériumként. Erre példa a borderline személyiségzavar vagy a poszttraumás stressz-zavar. Vannak azonban olyan kórképek, amelyeknek a disszociatív komponenseiről a noszológiai rendszerek egyáltalán nem számolnak be, ilyen például a szkizofrénia, a hangulatzavarok, valamint a szomatoform zavarok is [11].

A szomatoform disszociáció kialakulásának lehetséges magyarázatai

Fenomenológiai különbözőségük ellenére a traumatizáció lényeges szerepet tölt be a pszichoform és a szomatoform disszociatív tünetek etiológiájában egyaránt [2].

Bár akut trauma esetén a disszociáció adaptív folyamatnak tekinthető, mely a kontroll illúziójának fenntartását, a bántalmazással való megbirkózást segíti, ugyanakkor maladaptív következményekkel is jár, hiszen késlelteti a traumatikus esemény feldolgozását, távol tartva azt a tudatosságtól [13]. *Putnam* szerint a disszociációnak három alapvető funkciója van: a viselkedés automatizálása a pszichológiai értelemben elárasztó helyzetekben, a fájdalmas emlékek és érzések elkülönítése, valamint a szelftől való elidegenedés-eltávolodás [14]. Szexuális bántalmazást elszenvedett áldozatok gyakran számolnak be disszociatív élményekről, például hogy kívülről kezdték el látni a saját testüket, vagy elképzelték egy védelmező helyet vagy személyt az abúzus alatt, és ez segített abban, hogy elviselhetőbbé váljon az éppen átélt traumatikus élmény [11]. Hosszabb távon azonban ez az alapvetően adaptív állapot generalizálódik, és az egyén életének más területein is problémákat okoz [13, 15].

A szakirodalom szerint feltételezhető, hogy a szomatoform disszociáció az előbbi, azaz a védekező funkciót szolgálja, felkészítve az egyént az elkerülhetetlen fizikai sérülésre vagy annak veszélyére. Ez ahhoz a predikcióhoz is vezethet, hogy a szomatoform disszociáció a traumák kifejezetten olyan formáihoz kapcsolódik, amelyek fizikai sérüléssel vagy annak veszélyével járnak, mint a fizikai vagy a szexuális bántalmazás [16]. A szomatoform disszociáció a traumatikus élményeken belül tehát a testi megfélemlítéssel vagy az életet veszélyeztető fenyegetéssel mutatja a legerősebb kapcsolatot. Ez lehet a magyarázat arra, hogy ezek az emberi tünetek hasonlóságot mutatnak az állatoknál tapasztalható ragadozói fenyegetés által kiváltott pszichobiológiai védelmi rendszer kifejeződésével. A számos állatfajnál tapasztalható két fő védelmi rendszer közül az egyik a lefagyás, amelyhez az analgesia (a fájdalomérzet hiánya), illetve a motoros gátoltság, azaz a mozgás és a beszéd nehézsége vagy teljes képtelensége hasonlítható. Az állatok behódoló viselkedéséhez pedig a testi és érzelmi anesztézia (érzékletlenség), illetve a paralízis kapcsolható [5, 8]. Szélsőséges esetekben a disszociáció az érzékszervi működés teljes megszakadásában, a motoros funkciók gátlásában, valamint a beszédértés és -produkció elvesztésében is megnyilvánulhat. Ez valószínűsíthetően olyan neurobiológiai magyarázatokra vezethető vissza, mint az opioid szignálok vagy a hypothalamus–hypophys–mellékvese tengely diszregulációja [17, 18]. *Nijenhuis* feltételezése szerint az állati védekezőmechanizmusok annál valószínűbbek, minél korábbi életkorban következik be a traumatizáció.

Ez azzal magyarázható, hogy egy kisgyermek esetében a pszichobiológiai integrációs kapacitás még fejlődés alatt áll, így éretlenebb és korlátoltabb, valamint hogy a megküzdés más módjai még nem alakultak ki [5, 8]. *Brodsky és mtsainak* az 1990-es években, a Disszociatív Élmények Skála (DES) felhasználásával készült vizsgálata igazolta az ártalmas gyermekkori élmények és a disszociáció között meghúzódó kapcsolatot. A vizsgálat során azt találták, hogy a disszociatív hajlam felmérésére alkalmas skálán (DES) elért értékek pozitívan korrelálnak a vizsgált személyek élettörténetében előforduló gyermekkori traumaélményekkel. A magas pontszámot elérő személyek 60%-a számolt be komplex traumatizációról, tehát szexuális, fizikai vagy verbális bántalmazásról, érzelmi vagy fizikai elhanyagolásról vagy több ártalmas élmény együttjárásáról. A vizsgálatnak emellett az is fontos eredménye volt, hogy az abúzus súlyosságának mértékével nőtt a disszociáció mértéke is, a pontszámok alapján [19]. Nem sokkal később *van der Kolk és mtsai* is arra a következtetésre jutottak, hogy a disszociáció jelenlétének a gyermekkorban elszenvedett krónikus traumatizáció az egyik legfőbb indikátora [20]. A disszociáció és a trauma közötti kapcsolat feltárása a disszociatív zavarok megértésének egyik fontos fejleménye [11], főként a traumatizáció populációs szinten figyelemfelhívó aránya miatt. Nemzetközi átlagpopulációkat vizsgálva a személyek 57–75%-a élt át legalább egy, 5–10%-uk pedig négy vagy több ártalmas élményt gyermekkorában [21]. Magyar adatokat tekintve egy 2019. évi, a Debreceni Egyetemen végzett kutatás szerint az emberek 25%-a élt át legalább egy ártalmas élményt, illetve 5%-uk négyet vagy többet [22]. Bár az érzelmi bántalmazás és elhanyagolás kevésbé nyilvánvaló bántalmazásformák, a kelet-közép-európai országok tekintetében (melyek közé Magyarország is tartozik) ezek fordulnak elő a leggyakrabban. A diszfunkcionális családi körülmények közül pedig a válás és a szerhasználó családtag emelkedik ki ezen a területen [23].

Neurobiológiai megközelítés szerint a disszociáció fokozott praefrontalis és amygdalaris aktivitással kapcsolható össze [24]. A *disszociatív identitási zavarban* szenvedő betegeken végzett strukturális MR-vizsgálatok pedig kisebb hippocampalis térfogatot mutattak az egészséges kontrollokhoz képest [25]. Ezen agyterületek működése azért kiemelten fontos, mert az emlékek rögzítésekor a hippocampus felelős a tényekre való emlékezésért, az amygdala pedig az érzelmeket társítja ezekhez. A korai traumatikus stressz mindkét agyterület fejlődését gátolja [26]. Az említett disszociatív identitási zavarban szenvedő betegeken végzett MR-vizsgálatok szerint a traumatizáció és a hippocampus térfogata negatívan korrelálnak [25]. Ez a hippocampus esetében azt okozza, hogy az epizodikus memória rögzítése nem lesz megfelelő, ami sérülékenyebbé teszi a személyt az amnézia és a disszociáció irányában. A hippocampus trauma hatására történő nem megfelelő működésének következménye, hogy a megterhelő emlékek nem íródnak be az

önéletrajzi emlékezetbe, hanem csak fragmentált töredékként tárolódnak. A traumatikus élmények az amygdalára is hatást gyakorolnak, hiszen hatásukra érzékenyebbé válik ez a terület. Ezáltal az amygdala azoknak a hatásoknak is érzelmi felhívó jelleget tulajdonít, amelyek nem fenyegetőek, így a személy fokozott viszontválaszt mutat a traumára emlékeztető, de attól független emocionális ingerekre is [26]. Az érzelmek alulmodulálása a disszociációban is az amygdala hiperaktivitásával magyarázható [24].

Tény azonban, hogy nem traumatizált személyek esetében is előfordul, hogy disszociációt mutatnak, valamint hogy a gyermekkori traumatizációból nem minden esetben következnek disszociatív zavarok. Így feltételezhető, hogy a disszociáció kialakulásának hátterében más tényezők is szerepet játszhatnak. Az olyan tényezők, mint a következtelen szülői nevelés (kötődési traumák), a családi rizikófaktorok (például munkanélküliség, droghasználat, elvált szülők), és a Disszociatív Élmények Skálán mért nagyobb fokú szülői disszociáció szignifikáns összefüggést mutat a felnőttkori magasabb szintű disszociációval [27]. *Allen* kötődéskutatása alapján a 12 hónapos korban mért csecsemőkori dezorganizáció előre jelzi a későbbi, 19 éves korban jelentkező disszociatív megbetegedést [28]. Ezt a nézetet képviseli *Liotti* is, akinek modellje alternatívát kínál azzal az elmélettel szemben, amely szerint a disszociáció elsődleges funkciója a traumával szembeni védekezés [29]. Egy német vizsgálat szerint a konverziós zavarban szenvedő betegek körében szignifikánsan kevesebben tartoznak a biztonságosan kötődőek közé, mint a kontrollcsoportban. A betegcsoportban a dezorganizált az uralkodó kötődési stílus [30].

Liotti szerint a dezorganizált kötődés maga is egy disszociatív folyamat, amely a mentális és viselkedésbeli integráció tartós hiányát tükrözi [31]. Az 'Idegen Helyzet' vizsgálatok során a dezorganizált kötődési stílusú csecsemők dezorientáltak tűntek, amikor elválasztották őket gondozójuktól, és a disszociatív állapotokhoz hasonló hiányos és koordinálatlan mozdulatok, zavartságot kifejező megnyilvánulások, valamint lefagyott reakciók jellemezték őket [32].

Liotti elmélete leginkább egy olyan sebezhetőségi modellként fogalmazható meg, amelyben a korai kapcsolati megküzdési folyamatok zavarai a koherens érzézet elsődleges összeomlásához vagy integrációjának hiányához vezetnek [29].

További, jellemzően a 2000-es években zajlott vizsgálatok szerint más tényezők is moderáló szerepet játszhatnak a disszociáció kialakulásában, mint például az egyén vagy családjának rezilienciája, az érzelmi közeg és a globális (gazdasági, társadalmi) környezet [33].

A szomatiform disszociáció prevalenciája

A disszociatív zavarok nem ritka mentális zavarok, ám ritkán ismerik fel őket. Egy serdülők és fiatal felnőttek körében végzett holland kutatás szerint a disszociatív be-

tegek funkciókárosodása a legjelentősebb az összes vizsgált zavar közül, ami számottevő népegészségügyi terhet jelent [34]. A disszociáció prevalenciáját 2011-ben 10%-ra becsülték a klinikai és az átlagpopulációban egyaránt, vannak azonban speciális populációk, amelyekben ez az arány lényegesen nagyobb [35]. Pszichiátriai mintán 10–20% körüli arány volt megfigyelhető, amely 2017-re egységesen 20%-ra növekedett az ázsiai és a nyugati országokban egyaránt [36], de törökországi mintán ez az arány már 2011-ben is meghaladta a 35%-ot. Ezen túl a drogfüggők (15–39%), valamint a prostituáltként dolgozó nők körében is nagyobb kockázatot láthatunk [35]. *Osváth és mtsai* arról számolnak be, hogy a disszociatív zavarok gyakrabban fordulnak elő nők, gyermekek, érzelmileg labilis személyiségek, alacsony szocioökonómiai státuszú és iskolázottságú egyének körében [37].

A szomatiform disszociatív zavarokkal kapcsolatban sokkal kevesebb lakossági adat áll rendelkezésünkre. Egy olasz egyetemen, 18–28 év közötti hallgatókon végzett vizsgálat szerint a szomatiform disszociatív hajlam 4,7% (2,6% a férfiaknál és 5,1% a nőknél) [38]. Egy 26–65 év közötti, átlagpopuláción végzett, nagyszabású finn kutatás szerint a szomatiform disszociáció prevalenciája 9,4%, mely a férfiaknál magasabb értékeket mutatott, mint a nőknél [39]. Ezzel szemben az orvosi ellátásban részesülők 25–60%-ának vannak olyan tünetei, amelyek orvosi módszerekkel nem magyarázhatók, s mely esetek mögött akár disszociatív és konverziós jelenségek állhatnak [40]. Tehát a klinikai megfigyelések arra engednek következtetni, hogy a szomatiform disszociáció prevalenciája nagyobb, mint a becsült adatok.

A disszociatív tünetek gyakoriak a szomatikus területen, például a neurológiai, gasztroenterológiai, nőgyógyászati, urológiai vagy kardiológiai ellátásban [41]. Ennek egyik oka, hogy a szomatiform zavarokban szenvedő betegek 40–60%-a úgy gondolja, hogy fizikai betegségben szenved [42]. Jó példa erre a tinnitus, amelynek hátterében az azonosítható organikus elváltozások mellett az esetek 40%-ában orvosilag nem megmagyarázható okok állnak [43]. Egy török vizsgálat szignifikáns kapcsolatot talált a gyermekkori bántalmazás, a szomatiform disszociáció és a fülzúgás között [44]. A pszichés faktorok fontosságát a kezelésben ezen túl a Semmelweis Egyetem pilotvizsgálatának eredményei is alátámasztják, melyben a kognitív viselkedésterápia hatékonyan bizonyult a tinnitustünet csökkentésében és a kórképhez társuló pszichés problémák kezelésében [45].

Az ellátásban, úgy tűnik, inkább szabály, mint kivétel, hogy a betegek kezdetben szomatikus tünetekkel jelentkeznek az alapellátásban [5]. *Az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek* gyakoriak a kórházi környezetben [46], és nagy fokú distresszel, funkciókárosodással és az erőforrások magas szintű felhasználásával járnak együtt [47]. A szomatikus osztályokon jelentkező, szomatiform zavarokban vagy szomatiform disszociációban szenvedő betegek gyakran aránytalanul sok konzultációt, laboratóriumi vizsgálatot, költséges sebészeti beavatko-

zást és egyéb kórházi ellátásokat vesznek igénybe, jellemzően hosszú időn keresztül [48], mire felfedezik állapotuk pszichés eredetét.

Ez a helyzet azon túl, hogy nagymértékben terheli az egészségügyet [49], a betegek életminőségét is jelentősen rontja.

A differenciáldiagnosztika fontosabb lépései

A szomatiform zavarok esetében a diagnosztikus folyamat fontos részét képezi a differenciáldiagnosztika. A szomatiform disszociatív tüneteket gyakran más szomatizációs zavar tüneteinek tekintik [50], ami felvetheti a félredisznosztizálás kockázatát. Emellett a disszociatív rendellenességekben szenvedő betegek esetében gyakran fordulnak elő társkiagnózisok, illetve a disszociatív tünetek megjelenhetnek más kórképek fennállása esetén is. Ezek nagyban megnehezítik a klinikusok feladatát, hogy a disszociatív kórképet azonosítsák [51].

A disszociatív zavarral jelentkező betegek tüneteinek lehetnek orvosi, neurológiai vagy pszichiátriai okai (esetleg ezek kombinációja). Az átfogó kivizsgálás és a neuropszichiátriai értékelés, illetve az esetleges pszichoaktív szerek használatának kizárása segíthet a tüneteket kiváltó okok azonosításában [52].

Mindenekelőtt fontos kizárni azokat az organikus állapotokat, betegségeket, amelyek magyarázhatják a páciens panaszait [37]. A disszociáció diagnosztizálása esetében főleg az olyan neurológiai betegségek kizárása szükséges, mint az epilepsziák, cerebrovasculáris betegségek, kisagyi szindrómák, dystoniák, az encephalitis disseminata, migrén, tumor, fejsérülés vagy az átmeneti globális amnézia [52]. Ezen állapotok kizárására azért van szükség, mivel pusztán a klinikai kép alapján a disszociatív zavarok nem mindig különíthetők el a neurológiai betegségektől, valamint a komorbiditás sem ritka [37]. *Drake* tanulmánya szerint az epilepsziával és disszociatív identitási zavarral egyaránt diagnosztizált személyek 40%-a nem feltétlenül epilepsziás [53], holott az epilepszia és a disszociatív tünetek megbízható elkülönítése kritikus fontosságú a hatékony kezelés szempontjából [54]. A szomatikus betegségek kizárására irányuló vizsgálatok után – neurológiai, általános orvosi vagy egyéb, szomatikusan igazolható ok hiányában – a disszociáció mellett más pszichiátriai zavarok felmérése is szükséges [37, 52]. Friss kutatások alapján a disszociáció gyakoribb az anorexiás páciensek körében, mint a kontrollcsoportban, különösen az anorexia 'binge-purging' altípusában. A szomatiform disszociációval is érintett evészavaros páciensek jelentősebb étkezési aggodalmat, vonásszorongást, evéssel és testtel kapcsolatos pszichopatológias állapotokat és gyermekkori bántalmazást mutattak, mint a szomatiform disszociáció nélküli csoport (függetlenül az anorexia nervosa alcsoportjától vagy a pszichoform disszociációtól) [55, 56].

A pszichoform disszociatív zavarok elkülönítése az egyéb pszichiátriai megbetegedésektől a fenomenológiai hasonlóságok miatt csak a lefolyás figyelembevételével lehetséges. A disszociáció esetében azt is fontos megkülönböztetni, hogy a tünetek más zavarba ágyazottan vagy jól elkülöníthető, önálló tüneti képből jelennek-e meg [37].

A szomatiform disszociáció mérési lehetőségei

A disszociatív zavarok felmérése általánosságban gyakran nehézséget jelent a szakemberek számára, hiszen a disszociációnak számos definíciója létezik. Továbbá a betegek ritkán beszélnek kérdés nélkül disszociatív tüneteikről – inkább jellemző, hogy megcáfolják azokat. A disszociatív betegeknek sokszor egyéb pszichiátriai tünetek is lehetnek, és inkább ezekkel a tünetekkel fordulnak segítségért. A disszociáció mérésére kifejlesztett szűrőteszt, kérdőívek és strukturált interjúmódszerek mellett, hogy megkönnyíthetik a disszociatív zavarok diagnosztizálását, segíthetnek a különböző pszichiátriai kórképek, mint például a poszttraumás stressz-zavar, a borderline személyiségzavar, az évezavarok esetén megjelenő komorbid disszociatív tünetek azonosításában [57]. Ezen eszközök használata tehát elengedhetetlen a megfelelő diagnózis felállításában és a hatékony terápiás stratégia kidolgozásában.

Ha a disszociációt a napjainkban elterjedt kontinuum-szemlélet szerint közelítjük meg, akkor az egészséges embereknél is várható bizonyos disszociatív jelenségek, a disszociáció egy alacsony szintje. A szemlélet szerint a kontinuum kezdőpontján mindennapi tapasztalataink találhatóak, mint például az álmodozás, a figyelem átmeneti elkalandozása, az országúti hipnózis vagy a 'dèjà vu' érzése. A spektrum végpontjára ezzel szemben a gondolatok, érzések, a memória és a cselekvés tudatba történő integrálóképességének teljes hiánya, tehát az úgynevezett patológiás disszociáció tehető [58].

A másik szakmai irányvonal, amely a taxonelméletet képviseli, a disszociációról dichotóm módon gondolko-

dik. Az elmélet szerint nem beszélhetünk hétköznapi vagy enyhébb disszociációról, ugyanis az vagy fennáll patológiás módon, vagy nem, tehát nincs köztes kontinuum. A disszociáció e megközelítés tükrében minden esetben patológiásnak tekintendő [59].

A disszociáció mérésének legelső eszközei a strukturált interjúk voltak, amelyeket a nosológiai rendszerek kritériumai alapján alakítottak ki, és a jelenség patológiás formáit ragadják meg [60]. A modern diagnosztikus eszközök a dimenzionális szemléletet veszik alapul, így az átlagpopulációban is előforduló enyhe, valamint a kontinuum másik végén lévő patológiás disszociáció mérésére is alkalmasak [61].

A szűrő kérdőívek alkalmazása nemcsak a kezelők, de a páciensek szempontjából is fontosak. Mivel a zavar kora gyermekkorban kezdődik, a beteg számára ez olyan állapot, amellyel mindig is együtt élt, ezért saját maga számára nem tudja konceptualizálni azt. Különösen fontos a szűrés a szomatiform disszociációt illetően, hiszen – ahogy már korábban is említésre került – a zavart gyakran a pszichoform disszociációval vagy más szomatizációs zavarral azonosítják [50]. Ráadásul a szomatiform disszociáció az egészségügyi ellátásban is nagy arányban előfordulhat [41].

A szomatiform disszociáció szűrésére *Nijenhuis és mtsai* fejlesztették ki 1996-ban a Szomatiform Disszociáció Kérdőívet (Somatoform Dissociation Questionnaire – SDQ-20), amely már számos európai (például dán, német, angol stb.) nyelven, illetve török, héber, valamint kínai fordításban is elérhető. Magyar nyelven azonban jelenleg sem a fenti, sem más kérdőív nem érhető el a szomatiform disszociatív tünetek mérésére. Az SDQ-20 önkitöltős szűrő kérdőív, amely a szomatiform disszociációt, valamint annak súlyosságát méri. A tételek olyan, szakértők által megfigyelt tüneteket írnak le, amelyek disszociatív személyiségrészek aktiválódásakor jelentkeznek (például „A testem vagy egy testrészem zsibbad”, „Nem szeretem azokat az illatokat, amelyeket általában igen”, „Olyan, mintha a testem vagy annak egy része eltűnt volna”). A kérdőív egyaránt méri a pozitív, illetve a negatív disszociatív tüneteket, és 20 állítást tartalmaz,

2. táblázat | Példák a Szomatiform Disszociáció Kérdőív (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20) tételeiből

	Néha előfordulnak az alábbiak:	Milyen mértékben vonatkoznak Önre az alábbi tünetek, testi élmények?	Ismert-e a tünetek fizikai oka?	
5.	A testem vagy egy testrészem zsibbad.	1 2 3 4 5	NEM	IGEN, ez a fizikai ok pedig:
9.	Nem szeretem azokat az illatokat, amelyeket általában igen.	1 2 3 4 5	NEM	IGEN, ez a fizikai ok pedig:
14.	Sokkal JOBBAN vagy ROSSZABBUL tudom érezni a szagokat, mint általában (habár nem vagyok megfázva).	1 2 3 4 5	NEM	IGEN, ez a fizikai ok pedig:
15.	Olyan, mintha a testem vagy annak egy része eltűnt volna.	1 2 3 4 5	NEM	IGEN, ez a fizikai ok pedig:
18.	Nem tudok beszélni (vagy csak nagy erőfeszítéssel), vagy csak suttogni tudok.	1 2 3 4 5	NEM	IGEN, ez a fizikai ok pedig:

amelyeket ötfokú Likert-skálán kell a kitöltőknek értékelniük az előző egy évre visszatekintve. A tételek értékelése után a vizsgálati személyeknek azt is jelezniük kell, hogy orvosuk összekapcsolta-e valamilyen fizikai betegséggel az adott tünetet (vagyis hogy a tünetnek van-e organikus háttere, orvosilag magyarázható-e). Amennyiben igen, a személynek az adott kórképet is meg kell neveznie. Az összpontszám, amely a tételek pontszámainak összegéből adódik, 20 és 100 közé eshet [9] (2. táblázat).

A kérdőív vágóértékét a szakirodalomban 29,5 pontban határozták meg, amely felett klinikai szintű szomatiform disszociáció jelenlétéről beszélhetünk [10]. Az eredeti holland kérdőív pszichometriai vizsgálatának eredményei alapján elmondható, hogy az SDQ-20 megbízható és valid mérőeszköz (Cronbach- α : 0,96) [62]. A teszt azon túl, hogy a szomatiform disszociáció szűrésére alkalmas, gyorsan felvehető, valamint a szomatiform disszociáció egyéb kórképektől való elkülönítésére is használható [9].

Varga Eszter, illetve Kovács Tímea Evelin diplomamunka-kutatásaiban a kérdőív magyar nyelvre fordítása korábban megtörtént. Az adaptálási és validálási folyamat jelenleg zajlik a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karának Magatartástudományi Intézetében.

Néhány szempont a szomatiform disszociatív tünetek kezeléséhez

Az orvos-beteg találkozások során a megmagyarázhatatlan tünetekkel jelentkezőknél érdemes figyelni a megjelenő tünetek számát, hiszen funkcionális neurológiai tünetzavar esetén jelentősen több tünettől jelentkezik a páciens. Egy Skóciában végzett prospektív tanulmány szerint a tünetek száma nagyobb volt abban az esetben, ha a végtaggyengéséget funkcionális neurológiai tünetzavar okozta (átlag 9 tünet), mint ha egy meghatározható neurológiai betegség (átlag 5 tünet) [63]. Az anamnézis során fontos, hogy a beteg minden jelenlegi tünetet megnevezzen, amihez készíthet egy, a tüneteit tartalmazó listát. Ennek terápiás haszna is lehet, hiszen ezáltal a beteg jobban megértettnek érezheti magát, illetve a páciens tehermentesítése is történik a lista megírásával [64]. Fontos a beteget arra biztatni, hogy beszéljen minden korábbi orvosi vagy pszichiátriai konzultációról, illetve a diagnózisairól, hiszen ez segítséget nyújthat felidézni a tüneteket, valamint rávilágíthat a fel nem ismert funkcionális rendellenességek jelenlétére [64].

A diagnózis megállapítása során a beteg támadásnak életheti meg, ha tüneteit mentális zavarnak tulajdonítják, hiszen ez számára egyenlő azzal, mintha „színlelt” vagy „hamis” tüneteknek tekintenék őket [65]. Hasznos elkerülni a mentális betegséggel kapcsolatos fogalmak használatát, például „A tünetei miatt érezte-e magát depressziósnak?” helyett kérdezhetjük, hogy „A tünetei miatt érezte-e magát levertnek vagy frusztráltnak?” [65].

A disszociatív rendellenességek prognózisa a konkrét zavartól függően változik, megfelelő ellátással azonban – beleértve a terápiát, illetve a gyógyszeres kezelést – sokan tünetmentes életet élhetnek [66]. A funkcionális neurológiai tünetzavarral diagnosztizált betegeket időközönként érdemes újra megvizsgálni, mert ritka esetekben évekre telhet, mire az organikus háttér beigazolódik.

A disszociatív betegekkel folytatott pszichoterápia hosszú és fáradtságos. Traumaeredetű disszociáció esetén előfordulhat, hogy a traumatizált beteg tüneteit más pszichopatológia tüneteiként azonosítják, emiatt a trauma feltáratlan marad. Ezekben az esetekben azonban a traumatikus élményeket el nem szenvedett betegek kezelésében megszokott terápiás eszközök kevésbé lesznek hatékonyak, ami pedig súlyos következményekkel járhat [50]. Így ahhoz, hogy a probléma kiderülhessen, a klinikusnak kérdeznie kell [57]. A disszociatív zavarok diagnosztizálásához nélkülözhetetlen a disszociáció széles körű ismerete [50].

A disszociatív állapotok kezelésében kiemelt jelentőségű a pszichoterápiás munka. A pszichoterápiás folyamatban döntő jelentősége van az erős terápiás kapcsolatnak. A terápiás kapcsolat a legjobb előrejelzője a folyamat eredményességének [13]. A traumát elszenvedett páciensek terápiájában azonban kihívást jelenthet kialakítani a terápiás kapcsolatot, illetve kapcsolatba kerülni a különböző disszociatív személyiségrészekkel és szövetséget kialakítani, majd azokat szintézisbe hozni, holott kiemelten fontos, hogy a kapcsolaton keresztül felkészítsük a beteget a traumakonfrontáció előtt [67]. Azoknál a betegeknél, akiknél a disszociáció hátterében a dezorganizált kötődés jelen van, a biztonságos kapcsolat kialakításához szükséges klinikai dialógusok szorongást kelthetnek, a terápia kezdetén a kötődéstől való félelem és az abnormálisan ragaszkodó függőség közötti ingadozás jellemző [68]. A terápiás kapcsolat kialakulásában segíthet, ha a páciens szubjektív élményeivel empatizálunk a terápia során [13], dezorganizált kötődésű betegeknél pedig, mivel az empatikus hozzáállás a páciens kötődési rendszerét és annak dezorganizáltságát aktiválná, a kooperatív munkamód lehet célravezető [68].

A szakmai irányelvek szerint a disszociatív betegek terápiájának három fázisban kell történnie. Az első fázis során a legfontosabb a bizalom és a biztonság megteremtése, a beteg stabilizálása és tüneteinek csökkentése [50]. Killungmo ebben a fázisban megerősítő intervenciókat javasol. Erre azért van szükség, hogy a terapeuta eloszlassa a páciens kételyeit, illetve megerősítse abban, hogy a terápiás térben joga van azt érezni, amit érez. Ez a folyamat elősegítheti egy olyan szilárd szövetség kiépítését, amely megteremti a megfelelő közeget az értelmezések befogadásához és értékeléséhez [69]. A terápia második szakaszában történik a trauma feltárása és feldolgozása. Ebben a fázisban részletes narratíva kidolgozása történik, valamint ha a páciens rendelkezik megfelelő erőforrásokkal, akkor ebbe a szakaszba a traumatikus

emlékek feldolgozása is beletartozik. A trauma feldolgozása a terápiában soha nem lineáris folyamat, így szükség esetén a visszatérés és a stabilizáció is része lehet ennek az időszaknak. A terápia harmadik szakaszának fókuszában az integráció és a jelenbe való visszakapcsolódás áll [50]. A terápia lezárása előtti legfőbb cél az élethez való jobb alkalmazkodás kialakítása [13].

Anyagi támogatás: Az összefoglaló tanulmány elkészítéséhez anyagi támogatást nem vettünk igénybe.

Szerzői munkamegosztás: K. B. D.: Szakirodalom-kutatás, a kézirat megírása. M. J.: Témavezető, a kézirat koncepciójának összeállítása, a kézirat véleményezése, javítása. A közlemény végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Bodor E. Inorganic chemistry. [Szervetlen kémia.] Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1996. [Hungarian]
- [2] Nijenhuis ER. Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation* 2001; 1: 7–32.
- [3] Kihlstrom JF. The cognitive unconscious. *Science* 1987; 237: 1445–1452.
- [4] Schacter DL. Understanding implicit memory: a cognitive neuroscience approach. *Am Psychol.* 1992; 47: 559–569.
- [5] Nijenhuis ER. Somatoform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues. WW Norton, New York, NY, 2004.
- [6] Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. 1st ed. WW Norton, New York, 2006.
- [7] Van der Boom KJ, van den Hout MA, Huntjens RJ. Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personal Individ Differ.* 2010; 48: 447–451.
- [8] Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R, et al. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *J Trauma Stress* 1998; 11: 711–730.
- [9] Nijenhuis ER, Spinhoven P, Van Dyck R, et al. The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis.* 1996; 184: 688–694.
- [10] Pietkiewicz IJ, Helka AM, Tomalski R. Validity and reliability of the Polish online and pen-and-paper versions of the somatoform dissociation questionnaires (SDQ-20 and PSDQ-5). *Eur J Trauma Dissociation* 2019; 3: 23–31.
- [11] Merza K, Kuritárné Szabó I. Traditional and new approaches of dissociation. [A disszociáció hagyományos és új megközelítése.] *Psychiatr Hung.* 2012; 27: 18–28. [Hungarian]
- [12] Nijenhuis ER. Somatoform dissociation and somatoform dissociative disorders. In: Dell PF, O’Neil JA. (eds.) *Dissociation and the dissociative disorders.* Routledge, New York, NY, 2010; pp. 293–310.
- [13] Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice.* [A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve.] Oriold és Társai, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [14] Putnam FW. *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective.* Guilford Press, New York, NY, 1997.
- [15] Cook A, Spinazzola J, Ford J, et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatr Ann.* 2005; 35: 390–398.
- [16] Waller G, Hamilton K, Elliott P, et al. Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *J Trauma Dissociation* 2001; 1: 81–98.
- [17] Van der Kolk BA. The trauma spectrum: the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *J Trauma Stress* 1988; 1: 273–290.
- [18] Boulet C, Lopez-Castroman J, Mouchabac S, et al. Stress response in dissociation and conversion disorders: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022; 132: 957–967.
- [19] Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1788–1792.
- [20] Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153(7 Suppl): 83–93.
- [21] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med.* 1998; 14: 245–258.
- [22] Ujhelyi Nagy A, Kuritár Szabó I, Hann E, et al. Measuring the prevalence of adverse childhood experiences by survey research methods. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 1048.
- [23] Kovács-Tóth B, Kuritárné Szabó I. The impact of adverse childhood experiences on mental and somatic health in childhood and adolescence. [Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek- és serdülőkorban.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1447–1455. [Hungarian]
- [24] Krause-Utz A, Frost R, Winter D, et al. Dissociation and alterations in brain function and structure: implications for borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2017; 19: 6.
- [25] Chalavi S, Vissia EM, Giesen ME, et al. Similar cortical but not subcortical gray matter abnormalities in women with posttraumatic stress disorder with versus without dissociative identity disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2015; 231: 308–319.
- [26] Andrejkovics M. Neurobiological implications of childhood abuse. In: Kuritárné Szabó I, Tiszlár-Szabó E. (eds.) “I wish they hadn’t hurt me” – Childhood trauma within the family: theory and therapy. [Andrejkovics M. A gyermekkori bántalmazás neurobiológiai vonatkozásai. In: Kuritárné Szabó I, Tiszlár-Szabó E. (szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna – A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia.*] Oriold és Társai, Budapest, 2015; pp. 89–106. [Hungarian]
- [27] Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, et al. From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatr Clin North Am.* 2006; 29: 63–86.
- [28] Allen JG. *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma.* Routledge, London, 2018.
- [29] Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2004; 41: 472–486.
- [30] Gerhardt C, Hamouda K, Irorutola F, et al. Insecure and unresolved/disorganized attachment in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *J Acad Consult Liaison Psychiatry* 2021; 62: 337–344.
- [31] Liotti G. A model of dissociation based on attachment theory and research. *J Trauma Dissociation* 2006; 7: 55–73.
- [32] Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the ainsworth strange situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. (eds.) *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention.* University of Chicago Press, Chicago, IL, 1990; pp. 121–160.
- [33] Goffinet SJ, Beine A. Prevalence of dissociative symptoms in adolescent psychiatric inpatients. *Eur J Trauma Dissociation* 2018; 2: 39–45.
- [34] Ferdinand RF, van der Reijden M, Verhulst FC, et al. Assessment of the prevalence of psychiatric disorder in young adults. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 480–488.

- [35] Sar V. Epidemiology of dissociative disorders: an overview. *Epidemiol Res Int.* 2011; 2011: 404538.
- [36] Chiu CD, Meg Tseng MC, Chien YL, et al. Dissociative disorders in acute psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry Res.* 2017; 250: 285–290.
- [37] Osváth P, Tiringner I, Tényi T, et al. Dissociative disorders. In: Németh A, Füredi J. (eds.) *The Hungarian handbook of psychiatry*, 6th edition. [Disszociatív zavarok. In: Németh A, Füredi J. (szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve*, 6. kiadás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2020; pp. 313–323. [Hungarian]
- [38] Farina B, Mazzotti E, Pasquini P, et al. Somatoform and psychoform dissociation among students. *J Clin Psychol.* 2011; 67: 665–672.
- [39] Maaranen P, Tanskanen A, Haatainen K, et al. Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population. *J Nerv Ment Dis.* 2004; 192: 337–342.
- [40] Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychol Bull.* 2004; 130: 793–812.
- [41] El-Hage W, Darves-Bornoz JM, Allilaire JF, et al. Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation* 2002; 3: 59–74.
- [42] Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics* 1985; 26: 371–383.
- [43] Snow JB. (ed.) *Tinnitus: theory and management*. BC Decker Inc., London, 2004.
- [44] Sağaltıcı E, Belli H, Belli Ş, et al. Is there a relationship between childhood traumatic experiences, somatoform dissociation, and subjective tinnitus? *Ann Clin Anal Med.* 2022; 13.
- [45] Bencsik B, Bokk O, Vajda D, et al. Cognitive behavioral group therapy for tinnitus. Results of a pilot study. [A fülzúgás csoportos kognitív viselkedésterápiás kezelése: Egy pilotvizsgálat eredményei.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 89–97. [Hungarian]
- [46] Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res.* 2001; 51: 361–367.
- [47] Jackson J, Fiddler M, Kapur N, et al. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res.* 2006; 60: 357–363.
- [48] Kellner R. Somatization: the most costly comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR. (eds.) *Comorbidity of mood and anxiety disorder*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1990; pp. 239–252.
- [49] Campbell MC, Smakowski A, Rojas-Aguiluz M, et al. Dissociation and its biological and clinical associations in functional neurological disorder: systematic review and meta-analysis. *BJ Psych Open* 2023; 9: e2.
- [50] Kuritárné Szabó I, Molnár J, Nagy A. (eds.) *Trauma-induced dissociation: theory and therapy*. [Kuritárné Szabó I, Molnár J, Nagy A. (szerk.) *Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia*.] Oriold és Társai, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [51] Ginzburg K, Somer E, Tamarkin G, et al. Clandestine psychopathology: unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198: 378–381.
- [52] Koby DG, Curt LaFrance CW. Jr. Dissociative disorder. In: Ettinger AB, Weisbrot DM. (eds.) *Neurologic differential diagnosis*, 1st. ed. Cambridge University Press, Cambridge, 2014; pp. 135–138.
- [53] Drake ME, Pakalnis A, Denio LC. Differential diagnosis of epilepsy and multiple personality: clinical and EEG findings in 15 cases. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 1988; 1: 131–140.
- [54] Bowman ES, Coons PM. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin.* 2000; 64: 164–180.
- [55] Longo P, Panero M, Amodeo L, et al. Psychoform and somatoform dissociation in anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psychol Psychother.* 2021; 28: 295–312.
- [56] Longo P, Marzola E, Martini M, et al. Anorexia nervosa and somatoform dissociation: a neglected body-centered perspective. *J Trauma Dissoc.* 2023; 24: 141–156.
- [57] Nagy A, Kuritárné Szabó I. The Recognition and measurement of dissociation in adulthood and childhood In: Kuritárné Szabó I, Molnár J, Nagy A. (eds.) *Trauma-induced dissociation: theory and therapy*. [A disszociáció felismerése és mérésének lehetőségei felnőttkorban és gyermekkorban. In: Kuritárné Szabó I, Molnár J, Nagy A. (szerk.) *Trauma-eredetű disszociáció: elmélet és terápia*.] Oriold és Társai, Budapest, 2018; pp. 213–247. [Hungarian]
- [58] Atchison M, McFarlane AC. A review of dissociation and dissociative disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 28: 591–599.
- [59] Waller N, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods* 1996; 1: 300–321.
- [60] Kennedy F, Clarke S, Stopa L, et al. Towards a cognitive model and measure of dissociation. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35: 25–48.
- [61] Varga K, Osvát J, Vanderlinden J. The concept of dissociation, its measurement, and the introduction of the “Dissociation Questionnaire” (DISQ-H). [A disszociáció fogalma, mérése, és a “Disszociáció Kérdőív” (DISQ-H) bemutatása.] *Magy Pszichol Szle.* 1996; 52: 125–150. [Hungarian]
- [62] Nijenhuis ER. The scoring and interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior* 2010; 52: 24–28.
- [63] Stone J, Warlow C, Sharpe M. The symptom of functional weakness: a controlled study of 107 patients. *Brain* 2010; 133: 1537–1551.
- [64] Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76(Suppl 1): i2–i12.
- [65] Carson A, Stone J, Hibberd C, et al. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms “unexplained by organic disease”. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82: 810–813.
- [66] Šar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2014; 12: 171–179.
- [67] Szigeti FJ. Trauma-induced dissociation: Onno van der Hart in Hungary [Traumaeredetű disszociáció: Onno van der Hart Magyarországon.] *Alkalm Pszichol.* 2018; 18: 127–129.
- [68] Liotti G. Attachment disorganization and the controlling strategies: an illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *J Psychother Integr.* 2011; 21: 232–252.
- [69] Killingmo B. Conflict and deficit: implications for technique. *Int J Psychoanal.* 1989; 70: 65–79.

(Kovács Bianka Dorottya,
 Debrecen, Móricz Zs. krt. 22., 4032
 II. Apartman Diákszálló (tetőtér)
 e-mail: kovacs.bianka@med.unideb.hu)