

LEVELEZÉS

A medicina: morális vállalkozás

Ha az ember egy olyan cikksorozatra vállalkozik egy orvosi folyóiratban, amely témáját és diskurzusmódját tekintve némiképp szokatlan a magyar medikális irodalomban, akkor számítania kell arra, hogy nagyon különböző reakciókat vált ki. Ez – hogy úgy mondjam – be van kalkulálva. Elért már a híre annak, hogy volt, aki orvosellenességet emlegetett a sorozat egyik-másik cikkével kapcsolatban, de az is tudomásomra jutott, hogy egyetemi kurzushoz tananyagként használják fel.

Most végre egy írásos hozzászólás is megszületett ➡ dr. Németh Attila tollából, aki a magyar pszichiátria méltán neves személyisége.

Miután megköszönöm, hogy írásomat figyelemre méltatta, úgy vélem, hogy reakciója több ponton félreértésen alapul. Nyilvánvaló azonban, hogy ez a feltevésem önmagában véve nem valódi érv Németh doktor bírálatának tárgyi aspektusaival kapcsolatban, ezért a szövegében található kritizált részletekre reagálok.

1. Bírálóm írásában többször is nehezményezi azt, hogy – egyébként cikkem nem fő „üzenetét” érintő helyen – egy napilapra (*The New York Times*) hivatkozom, és nem nagy impaktfaktorú folyóiratokra. Ő ezt nem tartja célszerűnek. Én pedig úgy vélem, hogy a medicina műveléséhez szükséges tudást nem merítik ki azok a tudásformák (természettudományok vagy science-ek), amelyek viszont „kimerítik” a nagy impaktfaktorú folyóiratokat.

Ennek a megvilágítására kezdem egy posztulátummal. A medicina mindenekelőtt morális vállalkozás, és nem tudomány (*science*). Ez persze némiképp ellentmondásban van az utóbbi évtizedek azon fejleményével, amelyben fokozatosan a tudományos kutató vált az orvos ideáltípusává¹. A medicina mai problémáihoz valószínűleg ez a jelenség nagyban hozzájárult. Így erősödhetett meg az az *ideológia*, hogy a tudomány által a nagy impaktfaktorú folyóiratokban is produkált tudás az, amely mintegy önmagában véve gyógyít, és az orvos személye vagy pontosabban az orvos-beteg kapcsolat minősége ehhez képest másodlagos. Márpedig, ha a medicina elsősorban morális (szenvedést enyhítő) és nem megismerő vállalkozás, akkor az orvos nemcsak a nagy impaktfaktorú folyóiratokban művelt tudományos módszer eredményeit kell, hogy hasznosítsa, hanem Shakespeare-t, József Attilát, Sigmund Freudot, a Száll a kakukk fészkére című filmet (ezek persze ebben az összefüggésben csak szimbolikusan értendők), és *horribile dictu* az önismeretét is, ugyanis az is tudás. Ez utóbbiak, noha

tudásfajták (is), nyilvánvalóan nem azonosak a mai értelemben vett tudománnyal (science). (Egyébként a LAM szerkesztési elvei – ha jól értem – éppen azon a meggyőződésen alapulnak, hogy a medicina számára többféle tudásfajta releváns a természettudományoktól a művészetekig és a filozófiáig. Ezek persze más-más módszertant és diskurzusfajtát is jelentenek. De lám, megférnek egy folyóiratban, ha ezek mögött közös „küldetésnyilatkozat” húzódik.) Ebbe a sorba jól beleillenek a napilapokból nyert információk is, különösen, ha az adott orgánus éppen tudományos eredményeket interpretál, vagy olyan aspektusokat mutat be², amelyekkel a nagy impaktfaktorú folyóiratok – módszertani irányultságuk, sőt, antropológiájuk miatt – nem, vagy alig foglalkoznak. Ráadásul, például a *The New York Times*, már csak olvasóinak számából adódóan is, sokkal nagyobb befolyással bír a közönség – a medicina környezetének – véleményére, mint az összehasonlíthatatlanul kisebb, és a szó jó értelmében véve belterjesebb szakmai-tudományos folyóiratok. Márpedig ez a befolyás, és az ez által is alakított közvélekedés és közviselkedés éppen úgy a valóság *ténye*, mint az agy ilyen vagy olyan mértékű szerotoninszintje.

Különösen problematikusnak tartom egy-egy kulturális-történeti jelenséggel kapcsolatban (mint amilyen a medikalizáció) *ab ovo* valamiféle – akár folyóiratokra alapozott – tudáshierarchiát felállítani, hiszen a jelenségek sokrétűsége, társadalmi, kulturális, politikai meghatározottsága eleve kizárja azt, hogy valamelyik tudásfajta közelebb álljon az igazsághoz, mint a másik. A medikalizáció egyebek mellett olyan értékszempontokat is tartalmaz, amelyben a természettudományok nem igazán kompetensek. Ezért nem is lehetséges olyan folyóirattípus, amelynek több joga lenne általában szólni ebben az ügyben, mint egy másiknak. Bár megkockáztatom, éppen a medikalizáció esetében – lévén a társadalmi és kulturális aspektusok a hangsúlyosak – éppen a társadalomtudományok és a humaniorák látszanak a természettudományoknál kompetensebbeknek. (Ezeket pedig tudvalevően nem nagy impaktfaktorú folyóiratokban művelik.)

A helyzetet csak bonyolítja, hogy a mai pszichiátriai szakmai vagy a hozzá közeli irodalomban az alapkérdéseket illetően – némi túlzással szólva – minden és mindennek az ellenkezője is megtalálható. (Ezért a szövegemben szereplő, az SSRI-k placebókkal szembeni hatékonyságát megkérdőjelező idézet nem valamiféle „végső igazság” kimondását célozta, hanem csak annak az illusztrálására szolgált, hogy még a klinikai depressziók esetében is számos vitapont található az irodalomban. Mindenesetre cikkem, minthogy az nem tárgya, egyáltalán nem foglalkozik a depresszió mint klinikai képlet különböző aspektusait érintő vitákkal – noha ezek léteznek –, hanem érvényes klinikai képletként magától értetődőnek veszi azt³.)

Ebben a közegben a pszichiáter nagymértékben saját kritikai és reflektív képességeire van utalva, amelyek működtetését nem segíti elő valamilyen tudásbéli autoritásra való hivatkozás, mert ha egyes tudásterületeken van is ilyen(?), éppen a tudásterületek részlegessége miatt nem bírhat általános érvénnyel.

Az orvosi szakma, és ha lehet mondani, a pszichiáteri különösen, nagyon bizonytalan tudás talaján áll. Ez nem valamiféle szakmai alacsonyabbrendűségből fakad, hanem az emberi léthelyzetből adódik. A XX. század fejleményei a tudás megalapozottságával kapcsolatban nemhogy csökkentették volna, hanem inkább növelték ezt a bizonytalanságot, és immár a tudomány (science) is elveszítette a mindent megalapozó tudásfajta címét, amelyre építve a nyugati civilizáció a XIX. század második felében oly reményteljesnek láthatta az eljövendő XX. század tudásbéli bizonyosságának lehetőségét.

A mai világhelyzetben az orvos nem talál végső alapot és garanciát munkájához azokban a tudásfajtákban sem, amelyek a nagy impaktfaktorú folyóiratokban megjelennek. Tudásunk töredékes, és egyetlen tudásforma sem nyújtja ma annak az ígéretét, hogy majd általa az emberi szenvedés problémája „megoldódik”. A medicina is kénytelen több forrásból beszerezni a sikeres működéséhez szükséges tudáskészletet, amelyet ma egyetlen kitüntetett tudásforma sem képes rendbe szedni; az orvos végső soron személyében kénytelen erre a lehetetlen feladatra vállalkozni. Ebből a gondolatmenetből semmiféle tudomány- vagy a tudományt is alkalmazó medicinaellenesség nem következik, feltéve persze, hogy valaki ennek a tudománynak nem vindikál monopolisztikus jogot a tudásformák területén. Sőt, egyáltalában nem csökkenti a medicina, benne a pszichiátria jelentőségét az emberi szenvedés enyhítésében, de kiemeli a morális-humán megalapozottság fontosságát, amelyet – ma már jól látszik – nem lehet felváltani és kicserélni az episztemológiai, tudományos aspektussal.

Ezért dr. Németh Attilával nem értek egyet a napilap és a nagy impaktfaktorú folyóiratok általában vett szembeállításában vagy hierarchiájában. Nemcsak azért, mert más-más szempontok jelenhetnek meg egy jelenség tárgyalásakor a kétféle orgánumban, hanem azért is, mert a napilapok között nagy színvonalbeli különbségek vannak. Az egyik fajta – amint az egy amerikai vígjátékban megjelent – a címdalán azt a hírt közli, hogy „Terhes férfi papagájt szült”. Az egyszeri háziasszony pedig azért fogadta el ezt, mert „megírta az újság”. A másik pedig – mint az általam idézet The New York Times cikk is teszi – tudományos kutatásokra alapozott, és nem „underground” publikációkra támaszkodva mérlegeli az SSRI-kkel kapcsolatos érveket.

Továbbá, és ma már ennek meglehetősen nagy irodalma van, az úgynevezett posztakadémiai tudományosság légkörében a tudományos kutatások és ezek publikációi sem feltétlenül a klasszikus tudományosság objektivitás és elfogulatlanság szellemében születnek, hanem például a magánfinanszírozás – akár tudattalan hatások révén is – befolyásolja a kísérletek eredményeinek értékelését és publikációkban való tálalását⁴.

Hozzá kell szoknia – nézetem szerint – a mai kulturális helyzetben az orvosnak, hogy a természettudományos szempontok mellett más megközelítési és diskurzusmódok is megjelennek, felnövekednek a medicinában és annak társadalmi

környezetében. Ezek integrálása a mai orvosi diskurzus- és látásmódba – úgy tűnik fel – elengedhetetlen feltétele a mai nyugati medicinát övező és fokozatosan növekvő „rossz közérzet” felszámolásának. Mert ugyan a természettudományos tudásra alapozott technikai attitűd húzódik meg a medicina rendkívüli sikerei mögött, de ugyanez az attitűd szorított ki más lehetséges tudásformákat, és okozta azt a gyakran tárgyalt növekvő „humán űrt”, amely a mai nyugati medicinát jellemzi. Ez az alapja annak az ambivalenciának, amely „nem tudja eldönteni”, hogy az utóbbi évtizedek a látványos fejlődés vagy a hanyatlás esztendei-e a nyugati orvoslásnak; „ízléstől függően” ma a medicina XX. századi történetét (benne a medikalizációt) – amint a példák mutatják – fejlődés- és hanyatlástörténetként is meg lehet fogalmazni.

A fent említett szempontokkal, diskurzusmódokkal való megismerkedés miatt – szerintem – igenis célszerű (szemben dr. Németh Attila véleményével) nem nagy impaktfaktorú publikációk argumentumait is alkalmazni – feltéve, hogy azok megalapozottak egy színvonalas diskurzus számára.

2. Dr. Németh Attila azzal vádol, hogy cikkem azt sugallja, hogy a pszichiáterek érdeke, hogy minél több betegre rásüssék a depresszió diagnózisát.

A „sugallás” recepciójával nehéz vitatkozni. Dr. Németh Attila nyilván nálam jobban tudja, hogy a sugallás benyomása legalább annyira függ a befogadó projekciójától, mint az író szándékaitól.

Én természetesen csak az író szándékairól nyilatkozhatok. Fogalmam sincs, milyenek általában véve a pszichiáterek, de nem is hiszem, hogy a Németh doktor által említett összefüggésben érvényes általános kijelentéseket lehetne tenni erről. Gondolom, lehetnek pszichiáterek, akik az antidepresszánsok mögötti gyógyszeripari támogatás hatására szándékosan könnyebben megállapítják, mondjuk a depresszió diagnózisát, mint azt ilyen háttér nélkül tennék. És nyilván vannak olyan pszichiáterek, akik nem szántsándékkal, mert szemben áll erkölcsi önképükkel, de tudattalanul mégis megteszik ezt. És vannak olyan pszichiáterek, akik felülemelkednek rövid távú – vélt vagy valós érdekeiken –, és tartják magukat „a beteg üdve a legfőbb törvény” elvéhez. Persze – ha már itt tartunk – annyi általánosítás mégis megengedhető, hogy – mint minden más szakma esetében a maga területén – a pszichiáter is abban az alapvető érdekdilemmában találja magát, hogy miközben szakmai ethosának alapját a beteg szenvedésének enyhítése jelenti, ugyanakkor a mentális zavarok általában vett létezése szakmai egzisztenciájának alapfeltétele. Nyilvánvaló, hogy egy adott pszichiáter érdekviszonyait ez az elnagyolt vázlat még csak meg sem közelíti. Ebből következően szándékaim szerint nem sugalltam a dr. Németh Attila által nekem tulajdonított tézist. Már csak azért sem, mert a szomorúság medikalizációja szempontjából nem a pszichiáterek érdekviszonyai a döntőek, hanem annak az általános kulturális tendenciának a depresszió esetében is érvényes sajátossága,

amely a lelki vagy egzisztenciális szenvedést – döntően vagy kizárólag – medikális eszközökkel tartja kezelhetőnek.

A pszichiátria, mint az egész medicina, emberi intézmény, és mint ilyen kritikára méltó. (A kritika kanti értelmében alapos vizsgálatot jelent.) Ezt az alaphelyzetet csak erősíti a medicina – éppen a medikalizációban is megnyilvánuló – növekvő társadalmi befolyása. Ez a folyamat nyugodt, mértéktartó attitűdöt igényel, amelyre a nemzetközi irodalomban számtalan példa van. Úgy tűnik számomra, hogy a magyar medicina körüli irodalomban kissé más a helyzet. És ezért állítom, hogy nem szolgálják a magyar orvostársadalom és környezete közötti igényes párbeszéd kialakulását sem a hipokrita „az orvosok szentek”, sem a kocsmai szintű „minden orvos gazember”, valóban orvosellenes (és valójában betegellenes) fel-felbukkanó tézisek. De ezeket egyszerű a helyükön kezelni. Nehezebb azonban az, ha argumentált, a fenti értelemben vett kritika valamiféle egzisztenciális, életbevágó fenyegetésként jelenik meg az érintettek számára, és meggondolás helyett a hárítás legegyszerűbb eszközeként azonnal orvos- vagy szakmaellenességnek fordítódik le, amellyel szemben fel kell lépni. Nem állítom, hogy dr. Németh Attila ilyen olvasatát nyújtana írásomnak, de a pszichiáterekre vonatkozó, nekem tulajdonított dehonesztáló általánosítás vádja mégis ennek a hangulatát idézi fel a számomra.

Azt hiszem, tisztában vagyok a magyar pszichiátriai intézmények nehéz helyzetével, és a benne dolgozók jelentős részének elkötelezettségével, mindennapos – olykor önfeláldozó – küzdelmével a lelki szenvedés enyhítésére. (Mi sem mutatja jobban egy modern intézményrendszer problematikus működését, ha a benne résztvevőknek „önfeláldozniuk” kell.) Tiszteletteljes főhajtásom azonban nem sarkallhat arra, hogy valamiféle „hagiográfia” keretében tárgyaljam a pszichiátria helyzetét, ahol minden alapkérdés el van döntve, csak „tovább kell haladni a megkezdett úton”, és majd a tudományos kutatások megoldják a még nyitott kérdéseket. Úgy látom – a szakirodalmi viták is erre utalnak –, hogy semmilyen alapkérdés nincs egyszer és mindenkorra „eldöntve”, és a tudományos kutatás lényege szerint nem is döntheti el ezeket. Így ezek rendszeres újragondolása elemi érdeke a pszichiátria művelőinek és „fogyasztóinak”. A legújabb tudományos eredményekre való hivatkozás nem képes megspórolni a pszichiátria kontingens történetébe írt alapkérdések személyes és szakmai-közösségi újra és újra felvetését⁵. Sőt, alkalmasint olyan szűkre vonja a szakmai horizontot, hogy éppen a pszichiátria (medicina) e tudományos eredményeket is magában foglaló történelmi-kulturális meghatározottsága vesz ködbe – benne a szakmai-erkölcsi alapkérdésekkel – az öt év alatt elavuló tudományos eredményekre függesztett tekintetek elől.

3. A medikalizáció kérdésköre érzékeny terület, amely kiváló táptalaja a különböző értelmezéseknek. Ezért néhány – a cikk háttérét – érintő kérdést fontos, legalább nagy vonalakban, tisztázni.

A sorozat attitűdje az, hogy a medikalizáció nem jó vagy rossz, nem üldözendő vagy támogatandó folyamat általában véve. Egyszerűen csak itt van, velünk van, erősödik, és az egyik legfontosabb jelenség, amely a mai nyugati medicina és társadalmi-kulturális környezete közötti viszonyt áthatja és jellemzi.

Akárhogy is vélekedjen valaki a medikalizáció alá tartozó ilyen vagy olyan jelenségről, azt határozottan le kell szögezni – amely egyébként a cikksorozatban eddig is többször megjelent –, hogy a medikalizációt nem egyszerűen az orvosok „csinálják” vagy gyakran nem ők a protagonistái, sőt, egyik-másik aspektusának éppen az orvosok állnak ellent. Például úgy, hogy a beteg akar valamilyen életproblémájára azonnal gyógyszert szedni, és orvosa vet fel más szempontokat, lehetőségeket az azonnali gyógyszeresedés helyett.

Ez nyilvánvalóan így van a depresszió esetében is. Írásom semmilyen módon nem cáfolja a depresszió létét, az ilyen betegek szenvedését és az orvosi segítség szükségességét. De igenis állítom – és ebben valószínűleg nem értek egyet dr. Németh Attilával, aki „vélt jelenségnek” nevezi a depresszióval kapcsolatos medikalizációs tendenciákat –, hogy a depresszióknak is megvan a maga medikalizációs aurája. A „vélt jelenségről” több könyv és cikk született, ezért méltó egy továbbképzést, tájékozódást is célzó orvosi folyóiratban való tárgyalásra. De nehéz is lenne olyan szerzőt találni, aki azt állítaná, hogy a depresszió klinikai kórképként nem létezik. Ezt jól illusztrálják dr. Németh Attila betegeiről szóló leírásai is. Többen azonban vitatják, hogy jól járunk-e azzal, ha ez a betegségkategória túlterjeszkedik saját határain, és mindenféle szomorúságot a saját körébe von. (Meglehet persze, hogy Magyarországon nem ez a fő probléma a depresszióval kapcsolatban.) Cikkem ezt a kritikai kérdésfelvetést említi meg, hogy felhívja a magyar orvosok figyelmét erre a szempontra.

Apropó! Nem sokkal e válasz megírása előtt bukkantam egy kongresszusi felhívásra, amelyet Depression: What is it good for? címmel rendeznek 2004 márciusában a chicagói egyetemen. A felhívásban a tervezett kérdéskörök felsorolása így kezdődik: „A lehetséges témák magukban foglalják a depresszió medikalizációját...”⁶

Végezetül, úgy vélem, hogy a Medikalizáció című sorozat akkor lehet sikeres, ha jó értelemben véve vihart kavart. Mert ezek az indulatok kellő motivációt jelenthetnek a magyar medicinában oly kevésbé megjelenő, a medicina fontos kérdéseit érintő témák megbeszélésére is.

dr. Bánfalvi Attila
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi
Centrum Magatartástudományi Intézet

Jegyzetek

1. Vö.: „A tudomány és a medicina kibogozhatatlanul összefonódtak, de azok a paradoxonok és feszültségek, amelyeket az a hiedelem hozott létre, hogy ezek azonosak, olyan felfogáshoz vezetett, amely nem maradhat fenn tartósan – az ideális orvos mint tudós felfogásához.” *Eric J. Cassell. Nature of suffering and the goals of medicine. New York-Oxford: Oxford University Press; 1991. p. 18.*
2. A hivatkozott The New York Times cikk szerzője éppen az amerikai és az angol gyógyszerügyekben illetékes hatóságok vizsgálataira hivatkozik. Az általam idézett részt közvetlenül egy olyan szakembertől vett idézet előzi meg, aki kiemeli és dicséri az SSRI-k jelentőségét, majd a cikk így folytatódik: „Mégis a legtöbb tanulmány, beleértve a legutóbbi, a brit és amerikai egészségügyi hatóságok által elemzetteket (reviewed), azt találták, hogy az SSRI-k nem hatásosabbak a tizenéveskori depresszió elleni harcban, mint a cukortabletták.” Ezután következik a LAM-cikkben általam idézett rész.
3. A depresszió körüli viták létét illusztrálva megemlítek néhány irodalmat. David Healy. *The antidepressant era. Cambridge: Harvard University Press; 1997.* Továbbá a *Journal of Medical Humanities* 2003 nyári számát (Vol 24, Num. 1/2), amely több cikkben foglalkozik a pszichiátria kulturális kérdéseivel, például *Joseph Dumit: Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts*, vagy *Bradley E. Lewis: Prozac and the post-human politics of cyborgs.*
4. Vö. például *Joel Lexchin, Lisa A. Bero, Benjamin Djulbegovic, Otavio Clark. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. BMJ 2003;326:31.*
5. A magyar pszichiátria kiváló képviselőiben egyébként megvan a hajlam arra, hogy a tudományos diskurzuson túllépve mélyebb kérdéseket is felvessenek, például *Tringer László. Bölcséleti reflexió a pszichiátriában. Psychiatria Hungarica 2001;16(49):403-11. A nemrégiben megjelent, a Magyar Pszichiátriai Társaság tájékoztatójában, a Társasági Hírekben (2003/5.szám) a társaság elnöke, Tringer László a Der Spiegel (nem magas impakt faktorú folyóirat!) Az egészség felszámolása c. cikkére hívja fel a figyelmet, amelyben – noha nem használja a kifejezést – a medikalizációra, és a pszichiátria ebben játszott szerepére mutat rá: „Egyre több normális, az élettel együtt járó állapotot minősítenek betegségnek” továbbá „a kórkép-szaporításban a pszichiáterek járnak az élen.” Talán nem interpretálok túl írását, ha két – vitánk szempontjából fontos – tényezőre utalok: 1, Nem magas impakt faktorú folyóirat megállapításait a szakmai közönség megfontolására méltónak és fontosnak találja; 2, elismeri, hogy a pszichiátria és a medikalizáció összefüggései fontos és megbeszélendő problémákat foglalnak magukban („A Spiegel szerzője [...] fején találta a szöveget”).*
6. <http://www.uchicago.edu/research/jnl-crit-inq/notices/depression.html>