



A pszichiátria megmentése

Bánfalvi Attila

A pszichiátria nagy bajban van (*deep trouble*) írja Ronald Pies a „Hogyan tudja az amerikai pszichiátria önmagát megmenteni” című kétrészes cikkében. A szokásos „egyrészt-másrészt” módszerrel rendbe szedi az eddigi eredményeket és problémákat. Az eredmények oldalán lehet feltüntetni azt, hogy lassan feltárul, a súlyos elmebetegségek miként hatnak az agyi struktúrákra és funkciókra, valamint az utóbbi három évtized hatásos szomatikus és pszichoterápiás kezeléseit. A „másrészt” oldal problematikáját úgy foglalja össze, hogy „a pszichiátria feladta legalapvetőbb és legszentebb kötelességét: azt, hogy a szenvedő páciens egész személyként szemlélje, és ne pusztán cerebrális konténerként, amelyben egy rakás kémiai anyag lötyög” (1).

A pszichiátria *már megint* bajban van – mondhatja bárki, aki tájékozott a pszichiátria történelmében.

Sőt, inkább azt mondhatnánk, hogy a pszichiátria *mindig* bajban van, és mindig is megmentésre szorult. Csakhogy *mindig* a megmentési kísérletek bizonyultak a következő bajhullám okozójának.

A pszichiátria csak úgy létezhet, ha bajban van? Mi adja a lélekgyógyászati hivatás e sajátos karakterisztikáját?

Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a pszichiátria a mai nyugati kultúra közegében nem is lehet nem bajban. Úgy tűnik fel, hogy bizonyos tekintetben olyan konfliktusos viszonyban van a helyzetét megszabó képzetekkel, mint a tradicionális medicinának többsége a modern nyugati medicinával. A pszichiátria egészsége attól függ, hogy miként képes egyensúlyt találni az embert testre és lélekre osztó kultúrában e két „emberrész” között. Azért „betegszik meg” újra és újra, mert megbillenti az egyensúlyt a test az agy felé. Ez pedig abból fakad, hogy a mai medicina egyik ágazataként felejténie kellene a lelket mint tudományosan nem létező létezőt.

Ha valaki azt hallja, hogy a lélek tudományosan nem létezik, akkor ehhez kétféle módon állhat hozzá. Az első következtetési lehetőség az, hogy akkor tehát nem létezik a lélek. Ha a tudomány nem látja, akkor nincs. A másik lehetőség, hogy a tudomány a maga módszerével nem látja, de attól még létezhet. Ha valaki a tudományt kvázi-vallásnak tekinti, és ő ennek az egyháznak a tagja, akkor a tudomány mondja meg a számára, hogy mi van és mi nincs. Így számára a „tudományosan nincs igazolva” kezdetű mondat azt jelenti, hogy *nincs igazolva*, és másként nem is lehet. Ám ha a tudományt nem pótvallásnak

szánja, akkor a „tudományosan nincs igazolva” kijelentésben a *tudományosan* lesz a hangsúlyos, amiből persze az következik, hogy ettől még az a valami létezhet, még ha a tudomány módszereinek fényében nem is látszik.

Ismeretes az az anekdota, amely szerint egy ember éjszaka hazafelé tartva meglát egy részegyet, aki nyilvánvalóan valamit keres egy utcai lámpa alatt. Amikor kérdőre vonja, azt a feleletet kapja, hogy a kulcsát veszítette el, nem tudja ugyan hol, de azért keresi a lámpa alatt, mert itt van fény. Vagyis a kulcs máshol is lehet, de ott nem tudja keresni. Valahogy így használjuk mi is a tudományt, annyira el vagyunk bizonytalanodva a saját kultúránkban és általa, hogy úgyszólván a tudományt tekintjük az egyetlen fénynek, amely megvilágíthatja problémáinkat, és ami ebben a fényben nem látszik, az nincs is. Ebben a hitben elég jól el lehet éldegélni, hiszen a kultúránk hitrendszerének egyéb elemei is ezt erősítik, ám olykor a tudomány módszere és némely létező közötti ellentmondás olyan erős lesz, hogy csak azzal lehet észrevétlenné tenni, hogy nem vesszük észre. Mindenki feltételezi, hogy van lelke. Van, aki még abban is hisz, hogy ez a lélek halhatatlan. Mindenesetre, egyetlen orvos sem látott még agyboncoláson érzelmeket vagy gondolatot az agy egyetlen részében sem, vagyis nyugodtan feltételezheti, hogy a halott páciens létének legfeljebb lényegtelen részei az érzelmek és a gondolatok, amelyek mindjárt elillannak, mielőtt az állítólag őket létrehozó, működtető és tároló szerv végletesen elromlott. De ugyanez a megfigyelő joggal sértődne meg, ha ezt a következtetést saját magára kellene alkalmaznia. Hiszen neki az agya csak egy agy a többi között, de a gondolatai, a szerelme és gyűlölete aztán igazán az övé. Sokkal valóságosabbak, mint az agya, amelynek folyamatait MRI-n vizsgálhatja, és láthatja a képernyőn, hogy most éppen melyik agyi terület tüzel, miközben ő éppen szerelmes. De sohasem fogja *megélni*, hogy a képernyőn látott agy az övé – legfeljebb felfogja ezt a tényt. De a szerelem érzése legsajátabb „tulajdonaként” sokkal valóságosabb, mint bármely más „tárgyi” létező a világban. Amikor valaki izgatottságát úgy fejezi ki, hogy érezte, amint az adrenalin szétáradt a testében, akkor nyilvánvaló, hogy az adrenalin szétáradását nem érezhette, csak az izgatottságot. Ez a leírás tehát szellemes, de ha valaki szó szerint veszi, akkor elvétí az adott személy élményét; az adrenalin működése nem lehet része a személyes élménynek. Miközben természetesen tudományosan lehet beszélni a megemelkedett adrenalin-szint és az izgatottság összefüggéséről.

Így vagyunk a modern tudományunkkal: lerójuk tiszteletünket előtte, nagy komolyan részt veszünk a rituáléin, áldozunk és egy-egy publikációtéglával hozzájárulunk katedrális építéséhez (ma már az impakt faktorról „megszentelt” publikációk az igaziak,

Sőt, inkább azt mondhatnánk, hogy a pszichiátria mindig bajban van, és mindig is megmentésre szorult.

a többi még eretnek is lehet). Ám, ha „nem látják”, részt veszünk a lélek pogány szertartásain, használjuk az én igazolhatatlan fogalmát és érzünk, szenvedünk, reménykedünk, szerelmesek vagyunk. Azaz olyan dolgokat művelünk, amelyek csak testi folyamatokra való redukálásuk után lesznek felhasználhatók a tudomány számára.

Ez a konstelláció megoldhatatlan dilemma elé állítja a lélekkel valamilyen kapcsolatba kerülő diszciplínákat. Hogyan legyenek egyszerre tudományosak és beszéljenek adekvát módon „tárgyukról”, ha azok nem tárgyak? Ez az úgynevezett pszikomplexum legnagyobb dilemmája. *Heidegger* ezt a pszichológiával kapcsolatban úgy fogalmazza meg, hogy érdeme, hogy „elismernek valami nem testit, ugyanakkor azonban a testi eltárgyasítás módszerével határozzák meg azt” (2). Vagyis, amíg a fizikában egy konzekvens ontológia és episztemológia működik, a testet testkutatási módszerekkel közelítik meg, addig a lélekkel foglalkozó diszciplínák alapproblémája, hogy a természetfeletti uralomra kifejlesztett testi módszereket alkalmazza egy nem testi szubsztanciára. Ha pedig egy módszer nem igazolja tudományos mivoltát, akkor diszkreditálja magát, kizárják a jó társaságból. A freudizmus története – tündöklése és elhalványulása – a maga történeti konkrétságában példázza ezt a lehetőséget. Úgy tűnt, hogy a freudi gondolatok egyszerre tudományosak és valamiképpen mégis sajátos módon a lélekről szólnak. Ám a 20. század utolsó időszakában többek lelkesen igazolták, hogy *Freud* nem tudományos, következésképpen nem is érvényes. A tudomány eme újabb győzelme az áltudomány felett persze azzal is járt, hogy egy újabb kísérlet szorult háttérbe a lélek nyelvének megalkotására, és ismét felerősödhettek „a lélek tulajdonképpen agy” filozófia hívei. A következmény újabb reményteljes nekifeszülés: az új technikák-technológiák révén immár elérhető közelségbe került a téboly „tettenérése” az agyban. Ám megint csak nincs meg...

„Az a remény, hogy az emberi létezés feltételeinek *szilárd alapzatát* találjuk meg a testben, manapság mindenekelőtt az agyban, csalóka. Ezt az arra tett kísérlet motiválja, hogy megoldjuk a diszkrépanciát a között, ami igaz egy konkrét személy számára és a között az igazság között, amelyet egy bizonyos időszak tudományos közössége elfogad, a kollektíven elfogadott tudományos igazság kedvéért. A konkrét személy számára létező igazságokat azonban nem lehet megsemmisíteni egy lélekelméletben anélkül, hogy ne okoznánk magának a lélek birodalmának az eltűnését. [...] Ha holnaptól kezdve, magunkat kizárólag mint agyakat írjuk le, mert az agykutatás eredményeit tekintjük a magunkról szóló lényeges igazságoknak és azt hisszük, hogy feladhatjuk azokat az igazságokat, amelyek ránk kényszerítik magukat, de nem esnek

egybe a tudományos igazságokkal, akkor egyetlen csapásra drámaian beszűkül az, ami emberileg lehetséges (3).”

A pszichiátria történelme döntően az aggyal való foglalatosskodás története, amelyet hol erősebben, hol gyengébben átszíneznek a lélekkel vagy a személlyel való törődésre tett kísérletek. Ez utóbbiak mindig ideiglenesek voltak, amolyan „jobb híján” való próbálkozások, de azonnal háttérbe is szorultak, amint újabb remény nyílt az agy sikeres manipulálására. A pszichiátria számára mindig is volt egy – részben kulturálisan meghatározott – „alkati” elfogultság a lélekkel szemben, amely rendszeres egyensúlyvesztéshez vezetett, és a teoretikus és gyakorlati attitűd elbillent a test-lélek dualizmus testi oldala felé. Mennyivel egyszerűbbnek tűnik fel egy elrontott vagy elromlott élet megoldását az agyban lokalizálni, és az agyat megjavítani az egzisztencia helyett. Túl összetett, túlságosan sokrétű egy szenvedéstörténet ahhoz, hogy redukció nélkül foglalkozni lehessen vele. Túlságosan kevés a pénz, az idő, az energia egy *par excellence* emberi megértő viszony és kezelés kialakításához. A technikai-technológiai redukció, döntően a gyógyszerek alkalmazása, jó megoldásnak látszik.

Csak hogy, és ez a pszichiátria különös peche, ez a megközelítés még annyira sem működik, mint amennyire működhetne a maga egyébként korlátozott mivoltában. Elvileg lehetséges volna egy olyan kémiai hatóanyag, amely döntően jótékonyan befolyásolja az agy működését, és így ideiglenesen hozzájárul a szenvedés enyhítéséhez. A pszichiátriai szerek használata mindig is ezt az ígéretet hordozta, a múlt század ötvenes éveitől újra és újra megjelent ez a „most megvan” hangulat. Itt az új antipszichotikum vagy antidepresszáns, amely egyértelműen gyógy-szer. De – úgy tűnik fel – sohasem „volt igazán meg”. A gyógyszerekkel két probléma adódik az utóbbi évek vitái alapján: olykor kétséges a hatásosságuk, a legutóbbi fejlemények pedig kétségbe vonják *gyógyító* szer mivoltukat.

Amikor a pszichiátria szomatikus eljárásokat alkalmazott, azokról utóbb rendre kiderült, hogy inkább kínzások, mint gyógyítások, és hogy történelmi távlatban inkább szegényére, mint dicsőségére válnak a szakmának: lobotomia, inzulinlóma, kényszerzubbony, hidegvíz-kúra, elektrosokk korai alkalmazása stb. (Hasonló melléfogásokkal persze a medicina más területein is találkozunk, de a pszichiátriában a korábbi „megváltó” szomatikus terápiás módszerek mintha szinte kivétel nélkül ilyenek lennének.) A gyógyszerek megjelenése azért tűnt döntő fordulatnak, mert nemcsak enyhíteni látszottak a betegek tüneteit, hanem technikai értelemben hatásos eszközt is látszottak adni az orvos kezébe. De úgy tűnik fel, hogy a gyógyszerek elmúlt ötven-hatvan éves történetének utóbbi időben

Mindenki feltételezi, hogy van lelke. Van, aki még abban is hisz, hogy ez a lélek halhatatlan.

megjelent interpretációi ezt a sikertörténetet is sikertelenítik.

Robert Whitaker így foglalja össze az elmebetegség és a pszichiátriai szerek használatának rejtélyes dilemmáját:

„Egyrészt, tudjuk, hogy sok emberen segítettek a pszichiátriai szerek. Tudjuk, hogy számosan jól stabilizálódtak ezek révén és tanúsítják, hogy a gyógyszer segített nekik normális életet élni. Továbbá [...] a tudományos irodalom dokumentálja, hogy a pszichiátriai szerek, legalábbis rövid távon, »hatásosak«. Pszichiáterek és más e gyógyszereket felíró orvosok tanúsíthatják ezt a tényt, és sok pszichiátriai szert szedő gyermek szülője is esküszik ezekre a szerekre. Mindez egy erős konszenzust jelent: A pszichiátriai szerek működnek és segítenek az embereknek abban, hogy viszonylag normális életet éljenek. És mégsem tudunk szabadulni a következő zavaró tényektől: A fogyatékkal élő elmebetegek száma drámaian növekedett 1955 óta, és az elmúlt két évtizedben, egy olyan időszakban, amikor a pszichiátriai szerek felírása robbanásszerűen bővült, az elmebetegség következtében fogyatékkal élő felnőttek és gyermekek száma elképesztő mértékben növekedett. Így egy nyilvánvaló, talán eretnek kérdéshez jutottunk el: a mi gyógyszeralapú gyógyítási paradigmánk, valamely előreláthatatlan módon, ösztönzi ezt a modern járványt? (4)»

A szerző a kutatások és az irodalom áttekintése után arra jut, hogy a gyógyításra szánt szerek okozzák az elmebetegségek modern járványát, hogy ezek a szerek nem gyógyítják, hanem fenntartják az „abnormalitást”, sőt, újakat hoznak létre.

Hasonló következtetésre jut Joanna Moncrieff a kémiai kezelés mítoszáról szóló könyvében: „A gyógyszerhatás betegségcentrikus modellje, az a mítosz, hogy a pszichiátriai szerek gyógyító és helyreállító kezelések, milliók számára való nyakló nélküli, gyakran végül évtizedekre szóló felírásához vezetett. Valószínű, hogy ezek a szerek számos embert ártalmas fizikai és pszichológiai hatásoknak tettek ki anélkül, hogy előnyük származott volna (5).» Lehetséges, hogy a mai gyógyszeres kezelések utóbb egy sorba kerülnek a lobotomiával vagy az inzulin-kómával? Ha utóbb tényleg igazolódna a mai pszichiátriai szerek döntően iatrogén hatása, akkor ez sokkal súlyosabb következményekkel járna a szakmára nézve, mint bármely korábbi tévesnek bizonyult eljárás.

A pszichiátriai „életformájában” egyszerre hatnak a hagyományos kezelési modellhez kötődő és az ellen ható erők. Ez nyilvánvalóan komoly ambivalenciákat kelt a szakmabeliek körében. A kórházi ágyhoz, a kórházi miliőhöz kötődő kezelést más orvosi szakmákban is komoly kihívások érték az elmúlt évtizedekben. A modern klinika alaplogikája az volt, hogy egy helyre gyűjtse a betegségeket, és az

ezek leküzdésére szánt tudományos „haderőt”. Egyben szeparálja is ezeket az egészségesek mindennapi életétől. A kórházi fal világosan elválasztotta mind szimbolikus, mind praktikus értelemben az egészséget és a betegség világát. És ez a tébolyultak esetében is így volt. Az immár beteggé változott tébolyult és az ő gyógyítása látszólag beilleszkedett ebbe a logikába. Valójában azonban itt elsősorban az ész és az ésszerűtlenség elválasztásáról, és az ésszerűtlenség karanténba zárásáról volt eredetileg szó. Ma már – némi történelmi távolságban a klasszikus időktől – joggal kérdezhetjük, hogy mi köze van az őrültség gyógyításának a kórházi ágyhoz. Hiszen a páciensek legnagyobb része testileg nem olyan elesett, hogy naphosszat feküdnie kellene, ráadásul, ha a fő cél a visszaillesztés a normális mindennapiságba, akkor miért kell többé-kevésbé tartósan egy speciális intézmény regulái közepette élniük, éppen attól a mindennapiságtól elválasztva, amelybe utóbb vissza kellene illeszkedniük. A pszichiátria már évtizedekkel ezelőtt megkezdte a nagy elmeosztályok kiürítését, amely folyamatot a gyógyszerek alkalmazása csak felerősített. Igen ám, de az orvosi szakma hagyománya a kórházi, ágy melletti munkát tekinti a legnagyobb presztízsszűnek. Így nagyon nehéz elszakadni ettől a tradíciótól. Nem is szólva arról, hogy az elmebetegség szociális-társadalmi aspektusainak felismerése és praktikus következményeinek levonása oda vezetett, hogy más szakmák is megjelentek az elmebeteggel való foglalatosskodsban, és különösen a *közösségi pszichiátria* felemelkedésével a szakmai munka jelentős részben nem orvosi környezetben zajlik. Így a pszichiáter nemcsak kénytelen megosztani autoritását más szakmák művelőivel, hanem a praxis is elhagyta a kórház biztonságos „hazai” terepét. Vagyis, úgy érezheti a pszichiáter, hogy hagyományos orvosi identitásának fontos aspektusai bizonytalanodnak el, amely érthetően vált ki ellenállást az elveszítettnek tűnő értékek miatt; a visszavágyódás az „amikor még az orvos volt az úr” státusba mozgósítja a biomedikális technikákhoz kötődő gyógyítási „reflexeket”. A pszichiáter új „hontalansága” megszépíti a szakmai múltat.

Az utóbbi évtizedek szakmai fő sodra az agykutatásokban és az újabb és újabb gyógyszerek megjelenésében várja a „megváltást”, amelyek következtében a szakma annyi tévelygés és bolyongás után végre beváltja azt a tizenkilencedik századi ígéretet, hogy az elmebetegség az agy betegsége. A „Szent Grál végül úgy is az agyban van” *bite* azt sugallja, hogy a szakma körüli bizonytalanságok egy „nagy felfedezéssel” majd eloszlanak. Addig is ideiglenesen lehet társadalmi, szociális, kulturális, élettörténeti okokat, és ezeken alapuló „részlegesen” sikeres kezelési módokat, pszichoterápiákat használni, de ezek mind egy pillanat alatt elillannak, amint megszűnik az agyi lokalizáció és az ennek korrigálására

*De sohasem
fogja megélni,
hogy a
képernyőn
látott agy
az övé –
legfeljebb
felfogja ezt
a tényt.*

hivatott gyógyszer(ek). Mi van azonban, ha éppen ez az „eltévelyedés”? Ha nincs „Szent Grál”? Mi van, ha nincs „kézzel fogható” ok? Mi van, ha a téboly a társadalom és kultúra létének elengedhetetlen alkotóeleme? Mi van, ha a téboly így legalább annyira gyökerezik a különféle emberi létformákban, mint az ezekhez köthető agyi folyamatokban? Ha a téboly-elmebetegség jelenség keletkezésében és lefolyásában egyszerre biológikum, társadalom, kultúra, személyes élet, akkor mi ennek enyhítésében a pszichiáter helye és szerepe?

Marcia Angell, aki a *New England Journal of Medicine* volt főszerkesztője, a *The New York Review of Books*-ban publikált két írást a pszichiátria illúzióiról és az elmebetegség-járvány okairól. A legutóbbi kritikus irodalmat így foglalja össze:

„– A gyógyszercégek nagymértékben meghatározzák, hogy mi számít elmebetegségnek, ezeket hogyan kell diagnosztizálni és kezelni.

– Az elmebetegségek agyi kémiai egyensúlytalanság (chemical imbalance) elmélete legalábbis kétséges. A kutatók nem találtak eddig bizonyítékot egyetlen »inbalance« hipotézisre sem.

– A gyógyszerek hosszabb távú változásokat idéznek elő a neurális funkciókban. Azaz, nem helyreállítanak egy abnormális agyi mechanizmust, hanem létrehoznak egy újat, amely némiképp kompenzálja az eredeti tüneteket. Röviden: a betegnek nem lesz egészségesebb agya, hanem másként lesz beteg, mint eddig volt.”

A következtetést így vonja le: „Végül is az ilyen alternatívák (a gyógyszeres kezelés alternatívái) valószínűleg olcsóbbak. A pszichoaktív szerekre támaszkodásunk, láthatólag az élet minden kellemetlenségére, hajlamossá tesz más lehetőségek kizárására. Figyelembe véve a kockázatokat és a szerek megkérdőjelezhető hosszú távú hatásosságát, jobban kell csinálnunk. Mindenekfelett, nem szabad elfelejtenünk az időtálló orvosi parancsot: először is, ne árts (*primum non nocere*) (6).”

A kérdés nem az, hogy ezeket az – egyébként alaposan alátámasztott – argumentumokat azonnal elfogadjuk-e vagy sem. Nyilván bőven lehet a szakirodalomban a pszichiátriai szerek jótékony hatásossága mellett érvelő kutatásokat és cikkeket is találni. Hiszen ma szinte minden és mindennek az ellenkezője megtalálható a szakirodalomban. És jól tudjuk, hogy a tudományban „mindig lehet másképp, mint ahogy most van”, a ma tényei és következtetései pillanatok alatt hibásaknak bizonyulhatnak. Hogyne lenne ez fokozottan így egy értékekkel, érdekekkel, sőt hitekkel és világnézetekkel olyannyira érzékenyített témakörben?! Egy azonban bizonyos, a pszichiátria aktorai az elmúlt évtizedekben úgy éreztették, hogy minden kritika, sőt támadás – antipszichiátria, szcientológia, survival-ex-patient mozgalmak stb. – ellenére szilárd talajt találtak az agykuta-

tásban, amely majd megmondja a betegségek okait és patofiziológiáját, a gyógyszerek pedig már ma is hatásosan kezelik az elmebetegségeket.

Ma ott tartunk, hogy a nozológiai rendszer (DSM) vitatott – mind megbízhatóságát, mind érvényességét (reliability, validity) tekintve – és a még meg sem jelent új kiadása (DSM-V) komoly kritikák keresztüzében áll. Az elmebetegségek okaival kapcsolatban „már folynak a kutatások”, „ígéretes eredmények vannak”, „már jó úton vagyunk, hogy megtudjuk” kezdetű mondatokkal tele a padlás, de ha az agyi logikában vagyunk, akkor arra az egyszerű kérdésre, hogy mi a szkizofrénia, vagy a depresszió, vagy a bipoláris zavar oka, azt kell válaszolni, hogy „nem tudjuk”. Még akkor is, ha e „nem tudjuk”-at nagy halom tudományos adat követheti hipotézisekkel és részeredményekkel, amelyekkel jókora könyvtárat lehetne megtölteni, de a „nem tudjuk” mindazonáltal fennáll. A „biológiai” kezelési módok körül pedig már nem csak az vitatott, hogy hatásosabbak-e a placebónál, hanem – mint fentebb láttuk – hosszú távú alkalmazásuk éppen, hogy gerjesztheti az elmebetegségeket, ahelyett hogy enyhítené azok számát.

A pszichiátriának az utóbbi évtizedekben tapasztalható egyensúlyvesztése különös „öngyilkos” következményekhez vezethet, mert miközben a célja a pszichiátria orvosi-szakmai erősítése, medikális identitásának növelése, aközben olyan úton indult el, amely éppen belső logikája miatt a szakma „kipusztulásához” vezethet. Hiszen a biomedikális orvoslásba való minél erőteljesebb belesimulás magának a pszichiátriának mint szakmának az önálló létét veszélyezteti. Ha az elmebetegségek biológiai okúak, alapúak és eredetűek, ha tehát agybetegségek, ha tehát orvosi szempontból egyedül az a releváns vonásuk, hogy „agyiak”, azaz az orvosi kezelésnek az agy biokémiai vagy műtéti manipulálásából kell állnia, akkor nincs szükség a pszichiátriára – már erre a funkcióra megvan a neurológia és az agysebészet. A biológiai pszichiátria önellentmondás. Ki lehet persze ezt a fogalmat cserélni neuropszichiátriára – mennyivel jobban hangzik! –, de ebből úgy is a *neuro* lesz a hangsúlyos. A fogalom azt mondja: megtartjuk a *pszichi*-t az *átriá*-ban, de ez csak fügefalevél, ami igazán fontos, az a *neuro*- a szóösszetételben. A neuropszichiátria megalkotása mögött az az egyébként üdvözlendő vágy húzódik meg, hogy a karteziánus test-lélek dualizmust immár felváltsa egy egységes szemlélet. A baj csak az, hogy egyrészt mindenki belátja az elvontság egy megfelelően magas szintjén a test és lélek szétválasztásának tarthatatlanságát, másrészt mind ez idáig nem alakítottunk ki (mi, a nyugati kultúra) egy olyan nyelvet, következképpen működőképes szemléletmódot,

*Ha utóbb
tényleg
igazolódna a
mai
pszichiátriai
szerek döntően
iatrogén hatása,
akkor ez sokkal
súlyosabb
következmé-
nyekkel járna
a szakmára
nézve, mint
bármely
korábbi
tévesnek
bizonyult
eljárás.*

amely megszünteti ezt az elválasztottságot. Ebből pedig rendszerint az következik, hogy az „egységes szemlélet” programja úgy valósul meg, hogy az egyik oldal megeszi a másikat. A modern nyugati medicinában főként a test szokott győzni a lélekkel szemben. Gyakran megtörtént, hogy egy betegség lelki eredete mindaddig tartotta magát, amíg plauzibilis szomatikus magyarázat nem bukkant fel. A pszichiátriában is hasonló a helyzet, a freudi és más lelki tényezőket meghatározónak tekintő elméletek addig töltöttek be jelentős szerepet a lélekgyógyászat világában, amíg fel nem csillant az agyi alapok, ok(ok) megtalálásának reménye. Ettől kezdve az élettörténeti, társadalmi stb. nem szomatikus magyarázatok a színező tényezők szerepére korlátozódtak, amelyek szép és bonyolult ábrákban jelennek meg a tudományos előadásokban a pszichiátriai betegségek oki tényezői között, de amelyekből fakadó gyakorlati tennivalók csak az udvarnép szerepét tölthetik őfelsége, a gyógyszer királyságában. Ebben a kontextusban a neuropszichiátria átmeneti elnevezésnek mutatkozhat a pszichiátria önfeladása útján.

A pszichiátria válsága legmélyebben abból a kulturális konstellációból fakad, amely úgy hozta létre a lélekgyógyászatot, hogy a lelket azonnal válságba is hozta. És egy olyan medicinában találta magát, amely a betegséget testi problémaként kezelte, és azonnal az agy felé terelte a pszichiátriát. A pszichiátria története ezért a durva melléfogások, olykor embertelenségek, és a széles látókörű humanisták története egyszerre. A pszichiátria elmúlt évtizedekbeli története azt mutatja, hogy az agy, a tudományos mérhetőség és redukcionizmus, az elszámoltathatóság, az egészségügyi menedzsmentlogika, és a fősodró orvosi nézőponthoz való igazodás nyomása egy újabb mély válságba vitte a pszichiátriát.

Az új keletű válság kialakulásának döntő tényezője a szakma véleményvezéreinek reflektálatlan belesimulása az „enkefalátriába”, a tudományos mantra – a tudományos kutatások előbb-utóbb minden pszichiátria számára releváns kérdést megoldanak – kritikátlan elfogadása. Ebből alakult azután ki a csodaszer várása, azé a piruláé, amely majd okilag hatva meggyógyítja az elme(agy)betegeket. A „csodára várva” rendszerint félretettek minden olyan érvet, kutatást, argumentumot, amely nem igazolta ezt a filozófiát. Ez annál is tragikusabb, mert a pszichiátria számos kiváló képviselője reflektált újra és újra a szakma filozófiai problémáira. Legfőként arra, hogy a téboly nem fordítható le komoly ár nélkül technikai problémára, és nem alakítható át egyszerűen biomedikális kérdéssé. A téboly által megjelenített mély egzisztenciális dilemmákat felvetők és a korlátolt nézőpontra figyelmeztetők így lassan el-

lenségekké váltak, és kaptak „diagnózisokat”: szcientológusok, antipszichiáterek vagy egyszerűen csak a „másik oldal”. A stigmatizáló címkék – éppúgy, mint a betegek esetében – leginkább a kizárásra, kirekesztésre alkalmasak, hogy a kritikus gondolatok ne jelenhessenek meg a „jó társaságban”. Pedig, ha a pszichiátria nem képes integrálni – talán ma biztosnak látszó hatalmi statusának hamis bizonyosságával – a működésének lényegi elemeit érintő gondolatokat, észrevételeket, akkor könnyen „zárt szektává” válhat. Így a téboly által okozott szenvedés enyhítésének alternatívái más intézményekben manifesztálódhatnak.

Hozzá kell azonban ehhez tenni, hogy a pszichiátria mai válságának kezelésében sok minden nem az aktorain múlik, az intézményes és kulturális-társadalmi kényszerek nagy urak.

Micsoda lelki (agy) -erő kellene ahhoz, hogy lemondjanak a csilli-villi konferenciákról, amelyek pazar, gazdagságot sugárzó kiállításukkal azt üzenik: ilyen jók vagyunk, ezt érdemeljük. Miközben a résztvevők tudják, hogy ők a „Meseautó” szegény leányai, akiket figyelmére méltat a gyógyszeripar, de ha a hétvégi „kocsikázás” varázsa elmúlik, vissza kell térni az alulfinanszírozott intézménybe az egzisztenciális nyomorultak közé, akiknek a gyógyszervásárlásaiból tellett az egyáltalán nem jótékonyági alapon szervezett pár napos csillogásra.

Ezekon a konferenciákon a rítus keretében hallgatni a legújabb tudományos eredményeket, amelyeknek rendszerint alig van közvetlen relevanciájuk az „otthoni” mindennapos szakmai problémákra. És amely új „áttörések” nagy része ráadásul elavul, mielőtt gyakorlati következményei lehetnének. Az ígéretes kutatások „már majdnem megvan”-ja hamar feledésbe merül egy újabb ígéretes „áttörés” kedvéért, amely semmiben nem segíti a pszichiátriát abban, hogy mit tegyen kilakoltatás előtt álló páciense érdekében.

Felírni olyan gyógyszereket, amelyek hatásossága, és különösen jótékony hatása kétséges, amelyekről kiderülhet, hogy a lobotomia vagy az inzulincoma a maga korában hatalmas tudományos sikerként ünnepezt sorsára juthatnak. És noha hatalmas erők állnak a gyógyszerek mögött, de mégis ők írták meg a receptet a konkrét páciensnek...

Érezni, hogy a többi orvosi szakmához képest „alacsonyabb rendűek”, hogy hiába kapaszkodnak tudományba, gyógyszerbe, csak nem kerülnek a „szomatikus szakmákkal” azonos presztízsszintre.

Érezni, hogy a válságban a „haszontalanok” – a filozófustól a tébolyultig – marginalizálódnak, és persze mindenki más is, aki velük „asszociálódik”.

Megélni, hogy milyen frusztráló ezekről nem eszmét cserélni, hogy „mindenki másról beszél”.

A pszichiátria sok mindet tud, de az a tudás leginkább arról szól, hogy mit nem tud. Történetileg

A pszichiátria válsága legmélyebben abból a kulturális konstellációból fakad, amely úgy hozta létre a lélekgyógyászatot, hogy a lelket azonnal válságba is hozta.

találunk egy sor hipotézist az elmebetegségek típusairól és ezek okairól, de minden egyes ilyen hipotézis vagy már megcáfolódott, vagy nem nyert bizonyítást eddig. És mind e „részhipotézisek” mögött húzódik a nagy, mindent megalapozó feltevés arról, hogy az elmebetegség az agy betegsége. Ezt lehetséges természetesen magától értetődő ténynek venni (mi más is lehetne, mint az agy betegsége!), de ettől még előfeltevés marad. Ez a keresés több mint másfél évszázada tart. Ez az a lámpa, amelyhez a pszichiátria uralkodó irányzata „odaláncolta” magát, és talán az egész szakmát. De ma úgy tűnik, hogy a tébollyal kapcsolatban fontos történések nem e lámpa hatósugarában zajlanak. Ráadásul, annak a pszichiáternek a számára, aki pedig végül mégis találna valami kulcsagyösszetevőt e lámpa alatt, kiderülne, hogy mesebeli varázslámpa alatt áll, mert mire megérintené, ő maga már neurológussá változna. Varázslatos hatásától nem a beteg válna egészségesse, hanem a pszichiáterből válna ideggyógyász.

Ha a pszichiátria mint orvosi specialitás „összetevőit” számba vesszük, akkor megnevezhetjük a szenvedőt, aki segítségre szorul, a diagnosztikus rendszert, amely megteremti a szenvedés betegségként való kezelésének lehetőségét, a betegség okainak megnevezését, az oki kezelést, amely az ok enyhítésével vagy kiiktatásával a szenvedést enyhíti, és a pszichiátert, aki odafordul a szenvedőhöz, és működteti az orvosi modellt előbb megnevezett összetevőit. Ha a descartes-i „módszeres kételyt” alkalmazva elválasztjuk egymástól a pszichiátriában azt, ami biztosan tudható, és azt, ami nem, akkor a pszichiátria fenti összetevői közül jelenleg kettőt lehet biztosra venni. A szenvedők létét és a pszichiáterek létét. Az orvosi modell elemei azonban finoman szólva is kétségesek. A diagnosztikus rendszer (DSM) tudománytalannak bizonyult, és a betegségek létének szavazáson alapuló eldöntése végképp kétségesse teszi azok megalapozottságát. Az agyi okok kutatására fordított idő és „energia” ellenére hipotézisek vannak, és az ezeket felhasználó „haladásnarratíva”: még nem találtuk meg, de hamarosan meglesz, a fizikai terápiák – az utóbbi időben döntően gyógyszeres kezelések – pedig nem igazolják, hogy inkább használnak, mint ártanak. (Lehet, hogy rövid távon használnak, lehet, hogy a placebohatásuk működik, és lehet, hogy néhány páciensnél hosszabb távon is jótékonyak.) És végül ott a pszichiáter, akinek ezek alapján legfőbb segítőeszköze nem a diagnosztikában és a szomatikus technikában, hanem a segítő odafordulásban van. Ez a személyes segítőattitűdön túl azon a belátáson alapul, hogy vannak közöttünk olyanok, akik több lelki sebet kapnak, mint mások, vagy egyszerűen csak nehezebben viselik el az élet terheit, mint a környezetükben élők. Ezek kihordása csak úgy lehetséges a számukra, ha életüket megnyomorítóan

szenvednek, és olykor szenvedtetik a környezetüket. Vagyis, hogy a hangsúly nem az agy működésén, hanem a személyes élet megélésén van. Ha a pszichiáter belátja ezt, akkor lehet, hogy elveszít egy megalapozatlan és kétséges szakmai autoritást, de megnyer egy újat, amely morális-lelki és nem biomedikális hitekre épül. Ebben a pillanatban a „checklist”-szerű diagnózis és a gyógyszerfelírás szűrkeségét és monotóniáját a téboly szomorú, ám színes élete váltja fel. A téboly egy-egy agyi összetevő túltermelésére vagy hiányára visszavezethető magyarázata helyett a téboly végtelen bonyolultsága tárul fel. Így a pszichiáter nem akarhatja a saját állítólagos biomedikális kompetenciájára redukálni a szenvedőn való segítséget, hanem kinyílik más szakmák felé, amelyek mind-mind hozzájárulhatnak a szenvedés enyhítéséhez. Ez a perspektíva ma, az intézmény válsága ellenére, némiképp utópikusnak tűnik...

Természetesen a pszichiátria mai válsága nem fenyeget felszámolódásával, megszűnésével. Az intézmény épp-így-létét, azaz fennmaradását, de egyben állandó válságról válságra való botladozását iszonyatos erejű kulturális-társadalmi erők tartják fenn (pénz, hatalom, presztízs, érték, érdek stb.) mind belülről, mind kívülről. De ez egyben alapkérdéseinek megoldatlanságát, sebeinek időleges gyógyulását, majd újra és újra felfakadását jelenti.

A pszichiátria válsága persze a pszichiáter válsága is. A szakma megmentése saját lelkének a megmentését is jelenti, és akkor következik be a lehetséges, ha lesöpörheti az asztalról a gúlában álló szakmai kacatokkat, és csak a szenvedőre koncentrál. Hiszen – mint megállapítottuk – ma csak két dologban lehet biztos: páciense szenvedésében és a saját segíteni akarásában.

Nemde, ezzel kezdődik minden orvoslás?

A szerző: *filozófus, a DEOEC, NK, Magatartástudományi Intézet egyetemi docense.*
E-mail: *banfalvi.attila@sph.unideb.hu*

Irodalom

1. Pies RW. How american psychiatry can save itself. *Psychiatric Times*, Vol. 29. No. 2 February 8, 2012.
2. Heidegger M. Freudról és a pszichoterápiáról. In: *Filozófusok Freudról és a pszichoterápiáról.* Budapest: Cserépfalvi, 1993. p. 61.
3. Hampe M. Achilles' brain: philosophical notes on trauma. *History of Human Sciences* 2007;20(3):85-103.
4. Whitaker R. Anatomy of an epidemic. New York: Broadway Paperbacks; 2010. p. 9.
5. Moncrieff J. The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment. London: Palgrave Macmillan; 2009. p. 239.
6. Angell M. The illusions of psychiatry. *The New York Review of Books*, <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/?pagination=false&printpage=true> (2012. június 29.)

Természetesen a pszichiátria mai válsága nem fenyeget felszámolódásával, megszűnésével.