

Bálványunk: a pirula

*Az orvos sem mondta meg,
hogy mit írt föl, én sem mondom meg,
hogy „mire használ”.*

Hofi Géza

A medikalizáció egy-egy megjelenési formájában a finom elemzés kimutathatja ugyan, hogy egyik vagy másik szereplő – medicina, laikusok, betegek, egészségipar stb. – van-e inkább a színen a többfelvonásos darabban, de az „előadás” egészét tekintve nagyon nehéz lenne a szereplők jelentőségére vonatkozó sorrendet felállítani. Ez pedig pontosan azért van így, mert kultúránk – amelynek egyszerre vagyunk alkotói és „elszenvedői” – mindenkire kirója e drámájában a megfelelő szerepet. Azt persze a részvevők megtehetik, hogy az egyik vagy másik jelenetben rájuk osztott szerepet elutasítják, de valószínűleg teljes egészében nem hagyhatják el a színpadot, amikor a *Medikalizáció* című előadás folyik.

Mindenesetre a darab sodró ereje, belső logikája olyan attitűdöket és ezekből fakadó döntéseket csikar ki a szereplőkből, amelyek gyakran ellentétesek tudatos énképünkkel. Kulturális énképünkhöz tartozik például az, hogy azért bízunk medicinánkban, mert tudományos megalapozottságú. Ezért egy betegség esetében hajlaniánk olyan folyamatként felfogni a legjobb kezelési fajta kiválasztását, mint amelyben minden szereplő a tudomány szelleme által vezetettve hozza meg a legjobb döntést. A tudománnyal való e „misztikus egyesülés” minden más szempontot leértékel, és háttérbe szorít. De mi van, ha ezzel szemben az derül ki, hogy a tudományos eredmények még

náluknál is hatalmasabb kulturális erőnek vannak alávetve?

A következő „jelenetben” sorozatunk korábbi témáinak némely mozzanata bukkan fel – a depresszió kiterjesztett alkalmazása, az antidepresszánsok körüli bizonytalanság, az egészség-betegséggel kapcsolatos döntések tudományos megalapozottságának ideológiája, a gyógyszereknek és előállítóiknak kulturális és gazdasági hatalma –, hogy azután az előadásban kiderüljön, annyira uralják a kulturális színpadot, hogy a tudományra olykor csak ezek elfüggönyözésének a szerepe jut.

A depresszió négyféle versengő kezelése

Az antidepresszánsok egyik népszerű fajtájának, az *SSRI*-knek hatásossága körül folyó vita egyik mozzanataként egy szerzőpáros a következő rejtvényt adta fel¹. Vegyünk négy módszert a depresszió kezelésére:

Az *A* kezelés nagy terápiás választ vált ki, de több kedvezőtlen mellékhatást is (például hasmenés, hányinger, étvágytalanság, fokozott verejtékezés, feledékenység, szorongás, alvászavar, szexuális zavar stb.).

A *B* és *C* kezelés majdnem olyan terápiás erejű, mint az *A*, de kedvezőtlen mellékhatások nélkül. Sőt, a *B* kezelés még más szempontból is kedvező, mert jótékonyan hat a testi egészségre. Azonban e két kezelés hatásait viszonylag kevés közlemény értékelte.

Ezzel szemben a *D* kezelést több összehasonlító tanulmány elemzte, amelyek arra jutottak, hogy *rövid távon* éppen olyan hatásos, mint az *A* kezelés, ám *hosszabb távon* hatásosabb. Ráadásul nincsenek kedvezőtlen mellékhatásai.

Idáig jutva, az olvasó nyilván kíváncsi arra, hogy a nagybetűk milyen fajta terápiákat fednek. Mielőtt azonban feloldanám a rejtjeleket, arra kérem, hogy válaszoljon magában arra a kérdésre,

hogy a fenti leírások alapján milyen sorrendet állítana fel. Melyiket tekintené elsődleges terápiás módszernek, és melyeket ítélne másodlagos szerepre?

Valószínűsíthető, hogy a *B*, *C* és *D* eljárások közül választana, és az *A* eljárást sorolná az utolsó helyre – ha csak az úgynevezett szakmai szempontokat venné figyelembe. Hiszen az *A* kezelés alig vagy egyáltalán nem hatásosabb a másik háromnál, de súlyos mellékhatásokat produkál, amelyek „riválisainál” viszont hiányoznak.

Ha azonban lelepleződnék a betűk rejtette eljárások, akkor nem is kis meglepetés érheti a tippet. Az *A* az *SSRI*-ket jelenti, a *B* a testedzést, a *C* a biblioterápiát és a *D* a pszichoterápiákat általában. És akkor arra döbbenhetünk rá, hogy a valóságos praxisban az előbbi elméleti sorrend éppen visszájára fordul. Valójában a depresszió gyógyszeres kezelése a favorizált kezelési mód, és az összes többi eljárás – országonként és azon belül esetleg kezelési helyenként is különböző mértékben – csak ez után következik².

A kérdés tehát az, hogy a depresszió biomedikális kezelése miért is győzi le a semmivel sem rosszabb alternatíváit, azaz manapság miért tűnik kényszerítőnek a „mély és pusztító” szomorúság elsősorban „anyaggal”, pirulával való kezelése³. Vagy másként fogalmazva, miért a gyógyszeres kezelés a kezelés, és az összességében jótékonyabbnak tűnő más módszerek, miért súlytalanabbak a mindennapi praxisban.

A gyógyszer felé hajtó „ösztoneink”

Ha azon spekulálunk, hogy miért választják az orvosok és a páciensek is inkább a gyógyszeres kezelést, akkor – egyebek mellett – a következő kulturális erőket találjuk:

Először is, a gyógyszer az orvos szempontjából jobban illeszkedik a biomedikális szakmai ideológiába. E szerint az orvos gyógyító ereje jelentős részben a gyógyszerben materializálódik. Gyógyszert alkalmazni az orvosi szakma speciális képessége, lehetősége és joga. A töb-

E sorozat előző lapszámokban megjelent darabjaihoz hasonlóan ez a dolgozat is az angolszász szakirodalomban megjelenő argumentumokra támaszkodik, és ennek megfelelően közvetlenül nem tükrözi a hazai viszonyokat.

Levelezési cím: dr. Bánfalvi Attila, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Magatartástudományi Intézet, 4004 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

bi módszer nem eléggé „orvosos”. Mind a testedzést, mind a biblioterápiát s a pszichoterápiákat más szakmák is művelhetik, sőt, egyik-másik esetben inkább azok művelik, mint az orvos. Lehet, hogy ezek az eljárások is gyógyítanak, de nem bírnak azzal a szakmai kizárólagossággal, mint a gyógyszerek. A biomedikális ideológia

A technotudományos kultúrában minél jobban mérhető valami, annál inkább létezik, vagy foglal el magasabb posztot a létezők hierarchiájában.

része az is, hogy a lelki aspektus rendszerint kap egy *csak* előtagot, tudniillik „Az *csak* olyan lelki...” vagy „Szavaktól még senki sem gyógyult meg!”. A gyógyszer viszont konkrét és materiális. „Megfoghatóságából” fakadó ereje átsugárzik a depresszió több szempontból bizonytalan kategóriájára⁴, és a hozzá kapcsolódó vita-

tott érvényességű szomatikus elméletekre⁵. A gyógyszer alkalmazása így két szempontból is megerősíti az orvost: amire van gyógyszer, az vitathatatlanul létező, igazi – végső soron testi – kór; így szakmailag az ő kompetenciájába tartozik a probléma megoldása, vagyis minden más módszer ehhez képest csak kiegészítő, azaz kevésbé medikális lehet. Ráadásul, és ez a második befolyásoló tényező, a nyugati kórházi kultúrában és az irányított betegellátás (*managed care*) korszakában a gyógyszer sokkal „rendszerbarátabb”, mint alternatívái. Mindenekelőtt, azoknál jobban engedelmeskedik a „Mérjük meg!” parancsának. Mind alkotórészei, mind adagolása, nem is szólva áráról, a lehető legsimábban illeszkednek a kvantifikáció és a mennyiségi összehasonlítás követelményrendszerébe. Korábban már utaltunk arra, hogy a technotudományos kultúrában minél jobban mérhető valami, annál inkább létezik, vagy foglal el magasabb posztot a létezők hierarchiájában. Ami nem mérhető vagy csak többszörös átalakítások révén, az kevésbé tűnik fontosnak, és különösen hatásosnak vagy hatékonyak. Márpedig a gyógyszer és intézményi környezete a mérhetőség szempontjából magasan a másik három módszer fölé nőnek.

Harmadszor, a gyógyszeres kezelés minden mással szembeni előnyben részesítése mögött sokkal erőteljesebb pénzügyi érdekek húzódnak meg, mint bármelyik más terápiás lehetőség mö-

gött. Leegyszerűsítve úgy is fogalmazhatnánk, hogy a globális kapitalizmus logikája az ismertetett eljárások közül egyértelműen a gyógyszerek felhasználásából eredő hasznot támogatja.

Negyedszer, de egyáltalán nem utolsósorban, a gyógyszeres kezelés gyakran jobban illeszkedik a páciensek vágyaihoz és kívánságaihoz, mint alternatívái.

„Ebben az évben néhány nappal a nagy nap előtt kaptam meg a legjobb karácsonyi ajánlékot» – írta egy anya a *Times*-nak. Arra a csodálatos hírre utalt, hogy a fiát diszlexiásnak diagnosztizálták és így nyilvánvalóvá lett, hogy nem lusta, ahogy attól korábban tartott. [...] a gyermek most elismerést és erkölcsi támogatást várhat el.”⁶

Gyermekének „beteggé avatása” azért jelent ilyen megkönnyebbülést az anya számára, mert annak korábbi diffúz, világosan el nem helyezhető, de mindenféle problémákat okozó magatartása immár egzakt meghatározást nyert, amely újradefiniálja a szereplők helyzetét, de úgy, hogy az „eset” megoldásának felelősségét a családon kívülre, a medicinába helyezi. A gyógyszeres kezelés pedig azt ígéri, hogy változatlanul hagyja a páciens és környezetének jól bejáratott viszonyait, és így szinte erőfeszítéstől mentesen gyógyulhat meg az immár beteggé vált gyermek. A gyógyszer azt jelenti, hogy az állapot megváltoztatásához elégséges hatalom a páciens életén kívül, a gyógyszerben és az azt alkalmazó intézményben van. *Az erő a pirulával van.* Egyszerre gyógyítja az akut bajt, de egyben a morális, felelősségi prevenciót is szolgálja: tudniillik hatásosan akadályozza meg azt a „remissziót”, amely a problémát a gyermek testéből a társadalmi-intézményi szintérré helyezné vissza. A többi módszer ezzel szemben arra utal, hogy a páciens életével, és nem pusztán testével van baj – tehát veszíteniük kell a gyógyszerrel szemben.

Kulturális placebo

„A tények magukért beszélnek” – szokták mondani a derék pozitivisták. Nem számolva azzal, hogy a tények önmagukban némák, csak egy elmélet vagy

egy ideológia szólaltatja meg, némítja el, vagy színezi át őket, és pedig éppen az adott elméletnek megfelelően.

A fenti példánk azt illusztrálja, hogy a szenvedés biomedikális meghatározása és kezelése olyan erős kulturális tendencia, a gyógyszer „felsőbbrendűsége” annyira szenvedélyünké vált, hogy ez hatalmas „placebofőlny” jelent számára alternatíváival szemben. Olykor azért tartjuk hatásosabbnak a gyógyszeres kezelést, mert előítéleteink szemüvege nem engedi másképp láttatni nyavalyainkat.

De annyiszor kellett már „szemüveget” cserélnünk – vagy mert eltörtük az előzőt, vagy mert újat írtak fel nekünk –, hogy majdcsak jön egy „optikus”, aki megint lecserélteti velünk a régit...

Mi pedig majd azt mondjuk: „Ideje volt már az új látásnak, mert a régi okuláré az ornyergünket is nyomta...”



Bánfalvi Attila

Az írás az OTKA T 042677 számú kutatás keretében készült.

JEGYZETEK

1. Irving Kirsch, Alan Scoboria. Antidepressants and placebos: secrets, revelations, and unanswered questions. *Prevention and Treatment* Vol. 2002;33(5).
2. Tudatában vagyok annak, hogy a szakmai irányelvek alapvetően a gyógyszeres és a pszichoterápiás kezelés kombinációját javasolják. A betegség világának mai bonyolult valósága azonban gyakran a gyógyszerre egyszerűsíti a terápiát.
3. A tárgyalt „eset” semmiképpen sem állásfoglalás az SSRI-knek a depresszió kezelésében betöltött szerepét illető vitában. Természetesen lehetséges, hogy végül kiderül – ami most nem látszik nyilvánvalónak –, hogy az SSRI-k „kenterbe verik” hatásosságuk szempontjából terápiás riválisaikat. De addig a vázolt konstelláció kiválóan példázza a (bio)medikalizáció folyamatának sokszínű meghatározottságát.
4. A depresszió vitatottsága ebben az összefüggésben csak azt jelenti, hogy a medikalizációval kapcsolatos irodalomban egyik vagy másik aspektusa osztozik más, magatartással összefüggő betegségeket illető kételyekben.
5. A példánkban szereplő gyógyszer alkalmazását és népszerűségét a depresszió úgynevezett szerotoninelmélete alapozza meg. Éppen ezért különösen érdekes, hogy van, aki ezt a teóriát olyan tudományos hipotézisnek írja le, amelyet soha sem támasztottak alá kétséget kizáró tudományos bizonyítékokkal, mégis a faktum erejével működik mind a laikus, mind a szakmai közegben. Vö. Jeffrey R. Lacasse, Jonathan Leo. Serotonin and depression: A disconnect between the advertisement and the scientific literature. *PLoS Medicine* December 2005;2(12):392. www.plosmedicine.org
6. Frank Furedi. The silent ascendancy of therapeutic culture in Britain. *Society* 2002;34:16-24.