

## MEDIKALIZÁCIÓ

# Betegség és medikalizáció

## A betegség mint rothadt alma és mint festmény

„Sokkal fontosabb azt tudni, hogy miféle a páciens, akinek betegsége van, minthogy miféle betegsége van a páciensnek.”

Sir William Osler

### Betegség: talált vagy konstruált

A sorozat legutóbbi írásaiban arra jutottunk, hogy úgy tűnik fel, nem lehetséges megadni a betegség egyetlen egzakt és univerzális definícióját. Mert bármilyen szempontot is tekintünk meghatározónak, mindig találunk olyan „forgalomban lévő” betegségeket, amelyek nem sorolhatók be a megkísérelt meghatározás alá: vagy a „betegség-játszmában” résztvevők nézőpontjai, érdekei, attitűdjei különböznek (*disease, illness, sickness*), vagy a definícióban kiemelt megközelítés bizonyul a besorolandó jelenségek számánál *mindig* szűkebbnek.

Végül is, a vitatkozók nagyjából két nagy paradigma körül szerveződnek, amelyeket leginkább a *normativista* és a *nem normativista* jelzőkkel szokás illetni.

A *nem normativista* nézőpont lényegében a biomedicina betegségfelfogását jeleníti meg, amennyiben azt állítja, hogy „a betegséget meg lehet határozni anélkül, hogy a funkciók empirikus minősítésén kívül másra hivatkoznánk. Ez egyedül azon célok megértésén alapul, amelyek szolgálatára a funkciók rendelve vannak...”<sup>1</sup> Egyszerűen szólva, a *nem normativista* szemszögéből a betegségek kizárólag természeti adottságok, a világ bármely részén ugyanazok (univerzálisak). Helyes megragadásuk pedig objektivitást igényel. Azaz, ez a megközelítés nem kevesebbet állít, minthogy miközben a betegségekkel kapcsolatos kutatásokat emberek végzik emberek által alkotott eszközökkel a történelmi idő és hely egy bizonyos pontján és pillanatában, a tudományos módszertan mégis képes olyan eredményt produkálni, amelyből az úgynevezett szubjektív tényezők ki vannak vonva. Így az emberek által végzett kutatás eredménye a történelmi „embertől mentes” lesz.

Az ezzel szembenálló *normativista* felfogás viszont azt hangsúlyozza, hogy nem lehetséges a „sehonnani nézőpont” (*view from nowhere*), a betegség mindig térhez és időhöz, azaz kultúrához kötött, ezért értékekkel és normákkal „szennyezett”; nincs kultúrán kívüli betegség.

### Vagy tények, vagy értékek?

A véget nem érő vitának a medikalizáció szempontjából az a tétje, hogy ha a *nem normativista* felfogás a helyes, akkor a medikalizáció folyamata – amelyben egyre több „szენvedésjelenség” kerül orvosi felügyelet alá, azaz sorolódik a betegség fogalmába –

lényegében véve problémamentes vagy egyértelműen pozitívan értékelhető. Ugyanis nem történik más, minthogy az eddig félreismert, rossz kategóriába sorolt, és ezért nem megfelelően kezelt jelenségek végre méltó helyükre kerülnek, és adekvát kezelést kapnak. (Azért lesz egyre több emberi probléma betegség, mert *valójában* az, csak eddig nem tudtuk.)

Ha viszont az igazság a *normativisták* oldalán van, akkor a betegség „történelemben és kultúrában oldódó” kategóriává válik, amelynek következtében a medicina tudásbázisának egyik legfontosabb megalapozását veszítheti el – tárgyának területe a „minden és semmi” között, az értékek változásának kiszolgáltatva inogna. Minden emberi jelenség betegséggé válhat, de az eddig magától értetődő betegségek el is veszíthetik ezt a státusukat. Így elvileg lehetséges például, hogy a fertőző betegségnek nevezett jelenségek a kultúra változásával újra teológiai magyarázatot és kezelést kapjanak, míg mondjuk a lelki élet minden kellemetlensége orvosi fennhatóság alá kerüljön. Ez utóbbi megközelítésben a medikalizáció *végtelenül* problematikus folyamat, mert a betegség kategóriájának „elterpeszkedése” pontosan arra mutat, hogy a betegség nem (pusztán) objektív tények foglalata.

Természetesen, mint minden gondolati absztrakciónak, ennek a sarkításnak is megvan az a kettős előnye, hogy jól be lehet mutatni általa a vitatkozó nézetek alapargumentumait, ugyanakkor nem kell attól tartani, hogy ezek a maguk elvontságában „bevezetődnek a valóságba”.

Mindazonáltal, ha szemléltetésül egy olyan betegséget veszünk, mint az AIDS, amellyel kapcsolatban nem merülnek fel a biológiai tényekben gyökerező kétségek, akkor hajlamosak vagyunk a *nem normativista* betegségfogalom mellett érvelni. Ki állítaná az AIDS-ben szenvedőre, hogy kérdéses vajon a betegség kategóriája alá sorolható-e mindaz, amely a szenvedését megalapozza?! És ki érvelne amellet, hogy más társadalmak és kultúrák nem biztos, hogy betegségnek minősítenék ezt az állapotot?! (Az egy másik, de nem mellékes szempont, hogy milyen társadalmi és kulturális okok játszottak közre az AIDS világméretű, és éppen ezért népegészségügyi méretű problémaként való felnövekedésében.)

De, ha egy éppen most születő betegségfogalomra függesztjük tekintetünket, a „hajsolt nő szindrómára” (*hurried woman syndrome*)<sup>2</sup>, akkor mintha a *normativisták* érvei lennének erősebbek. A szindróma három fő tünete – a fáradékonyság, a súlygyarapodás és a szexuális vágy csökkenése – ugyanis a mai nyugati életformához kötődőeknek tűnnek fel, és mintha mind a tünetek egymás mellé helyezése, mind ezek betegséggé váló értékelése – nem is szólva antidepresszánsokkal való kezelésük javallatáról – nagyon is a társadalmi „itt és most”-ban gyökereznének, és tökéletesen megfelelnek a medikalizáció alapvető kritériumainak.

Mi lenne, ha megkísérelnénk a tényközpontú és az értéket előnyben részesítő nézőpontok között kompromisszumot létrehozni? Ez a törekvés persze csak akkor jogosult, ha nem egyszerűen intellektuális, „logikai” játékot jelent, hanem általa jobban megértjük, hogy mi a medicina és környezetének viszonya a betegség fogalmához.

### **Ideiglenes megoldás (mint mindig)**

Mielőtt a betegség fogalmát illető kétségek gyötrelmeire enyhét keresve felkeresnénk orvosunkat, betérünk a zöldségeshez, és az egészséges táplálkozás követelményeinek megfelelően almát szeretnénk vásárolni. Igen ám, de az ott kínált gyümölcs barna foltokkal

tarkított, és állaga inkább a vizes szivacsra emlékeztet, mint étkezésre alkalmas fogyasztási cikke. Ekkor azt mondjuk, hogy az alma rossz. Feltehetően ebben az esetben az összes vásárló, vagy legalábbis túlnyomó többségük így vélekedne. Ekkor az a benyomásunk alakul ki, hogy az alma objektív tulajdonságát mondtuk ki, minthogy a „rosszaság” az alma sajátossága, belső mineműségét megállapító *faktum* – azaz nem értékelünk, hanem tényt írunk le. De vegyük észre, hogy valójában saját „önző” szempontunkat érvényesítettük, tudniillik étkezésre vásárolnánk meg a gyümölcsöt, és a barna foltok éppen arra teszik alkalmatlanná. Minthogy azonban ebben az attitűdben a zöldségeshez betérő összes vásárló osztozik, ezért a „rosszaság” objektív, az ítéletől független, az almához tartozó tulajdonságnak mutatkozik.

Más azonban a helyzet, ha múzeumban vagy képtárban festményeket szemlélünk. Az étkezési alma „betegségében” olyannyira egyetértő közönség most vitatkozó táborokra oszlik. Van, akinek az egyik festmény tetszik, és van, akinek a másik. Minden látogató úgy fogja fel, hogy szubjektív ítéletet alkotott a képekről, amely erősen függ ízlésétől, a művészetekről vallott nézeteitől. Ítéletének része az az önreflexió is, hogy „persze ez az én magánvéleményem”. Mindenki úgy gondolja, hogy helytelen lenne objektív ítéletet elvárni a műalkotásokkal kapcsolatban<sup>3</sup>.

Az almák esetében az általános megegyezés „objektíválta” a *partikuláris* szempontú ítéletet, tényé alakította azt, míg a festményeknél az ítélet magától értetődően érték szempontú maradt. Az alma rosszasága a gyümölcshöz tartozik, a festmény csúnyasága pedig (legalább részben) a megítélő sajátossága.

Az almák esetében zajlott a megbarnuláshoz vezető természeti folyamat. De a természet azt nem értékeli jónak vagy rossznak – az emberi ítélet illeszti a folyamatokhoz ezt a minősítést. (Az almák barna foltjai egyébként például a bolt kivül, egy szeszföldében, már más „színben” tűnének fel.)

Vigyük át ezt a metaforát a betegségproblémára! Arra jutunk – szemben a *disease* modellel –, hogy a betegségek születéséhez vezető első lépés egy értékelő gesztus. Ahhoz, hogy valamit betegségnek minősítsenek, előbb *nemkívánatos* jelenségnek kell ítélni. Azaz a betegség *par excellence* emberi jelenség, az állatok nem lehetnek ebben az értelemben betegek. Az állatok betegsége nem az állat számára betegség, hanem az ember számára az. Ez az értékítélet indítja be a korábbi írásunkban megjelenő *disease*, *illness*, *sickness* kategória hármában leírt történéseket. A betegségek nagy részénél azért tűnik magától értetődőnek a minősítés, mert mondjuk, a fertőzések esetében aligha találunk olyan kultúrát vagy történelmi periódust, amelyben ne lettek volna ezek a folyamatok betegségek. A felső légúti fertőzés, a tüdőgyulladás vagy a rák úgy viselkedik, mint a rossz almák a zöldségesnél. Az általános egyetértés faktuálisnak láttatja a negatív ítéletet. A „hajszott nő szindróma”, vagy akárcsak a menopauzát kísérő kellemetlenségek legfeljebb egy kultúra bizonyos időpillanatában engedik meg a többségi egyetértést, minthogy azonban ezt is viták kísérik, ezért tényként való elfogadásukig nem jutnak el. A japán kultúrában a menopauzát sokkal kevesebb testi kellemetlenség kíséri, mint a nyugati kultúrában. Valószínűleg azért, mert a menstruáció megszűnése a nagyobb érettség jele, és magasabb, tiszteletreméltóbb helyzetbe hozza a termékenységét „abbahagyó” asszonyt, míg a mi kultúránkban a menopauza a testi és a társadalmi hanyatlásra emlékeztet, amelynek következtében az asszony helyzetében leértékelődik, úgynevezett hasznos társadalmi funkciói beszűkülnek<sup>4</sup>.

Úgy is lehet fogalmazni, hogy biomedikális szemszögből a betegségfolyamatok tényei az elsődlegesek, és csak ez után következik, mint hab a tortán, a társadalmi környezet és

magának a páciensnek az „igazsága”. Levezetésünk alapján azt mondhatjuk, hogy a viszony éppen fordított: a *disease* csak az *illness* és a *sickness* alapjain nyeri el tudományosan objektív, tényszerű igazságát.

A medikalizáció folyamata ebből a szempontból azért lehetséges, mert a biomedicina eredményei és általánosan elfogadott ideológiája elrejti az értékítélet betegségkategória-képző megalapozását. A viselkedésünkre, érzéseinkre vonatkozó bizonytalan értékítéleteinket a medikalizáció folyamata szilárd biomedikális tényekké látszik változtatni. Az egyik oldalon megnyert biztonság azonban a másikon omladozik, mert ára a betegség mindenütt jelenlévősége. Lehet, hogy a betegséggel úgy járunk, mint a korlátolt ateista Istennel, akinek a létezését állandóan cáfolja, de – éppen nevének kritikáiban megjelenő szakadatlan ismétlésével – Istent életben tartja. Úgy látszik, minél erőteljesebben harcolunk a betegség ellen, annál több alakot öltve fenyeget bennünket.

**dr. Bánfalvi Attila**

### **Jegyzetek**

1. *Arthur L. Caplan*. The concepts of health, illness, and disease. In: Companion encyclopedia of the history of medicine. *Bynum WF, Porter R* (eds.) *New York and London: Routledge; 2001. p. 243.*
2. Lásd [www.hurriedwoman.com](http://www.hurriedwoman.com)
3. A fenti koncepciót lásd *Fulford KWM*. Analytic philosophy, brain science, and the concept of disorder. In: Psychiatric ethics. *Bloch S, Chodoffand P, Green SA* (eds.). *Oxford University Press; 1999. p. 161-91.*
4. Vö. *Elliott C*. Better than well: American.

Az írás az OTKA T 042677 számú kutatás keretében készült.