



BÁNFALVI ATTILA

A medicina hatalma és
kiszolgáltatottsága



Bánfalvi Attila
A MEDICINA HATALMA ÉS KISZOLGÁLTATOTTSÁGA

MEDITOR
BIOETIKAI SOROZAT
3.

Sorozatszerkesztők:
RÓZSA ERZSÉBET, KŐMÜVES SÁNDOR, KOVÁCS JÓZSEF

Bánfalvi Attila

A medicina hatalma és
kiszolgáltatottsága

Medikalizáció



LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Debreceni Egyetemi Kiadó
Literatura Medica Kiadó
2013

Borítóterv:
Novák Péter János

ISSN 2064-034X
ISBN 978 963 318 351 9

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

Kiadta: Debreceni Egyetemi Kiadó–Literatura Medica
Felelős kiadó: Dr. Virágos Márta–Cserni Tímea
Készült a Debreceni Egyetem sokszorosítóüzemében, 2013-ban

TARTALOM

Bevezetés	7
A kis sárga pirula	11
A „Letourneau- eset”	15
Gyógyír szerelmi megszállottságra	21
A kis kék pirula	26
A női test medikalizációja 1. <i>Nőnek lenni betegség</i>	32
A női test medikalizációja 2. <i>A női lélek „összecsomózódása”</i>	38
Aggályoskodás és „egészségizmus”	44
Az orvostanhallgató fehér köpenye és a rejtett curriculum	49
A szülés medikalizációja	57
A betegségüzlet	63
Megszabadulni a haláltól	68
Téboly, elmebetegség, agykárosodás	74
A „törvényen kívüli” szomorúság	79
„Csak akkor leszek boldog, ha megszabadítanak az egészséges lábamtól!”	85
Öngyilkosság vagy suicidium	90
Megbetegítő emlékek 1. <i>A szarvasvadász betegsége</i>	96
Megbetegítő emlékek 2. <i>Az emlékek háborúba mennek</i>	102
Megbetegítő emlékek 3. <i>„Mit tettek veled, szegény gyermek?”</i>	107
Megbetegítő emlékek 4. <i>A trauma demedikalizációja és a terápiás szeretet</i>	113
Betegségnézőpontok	118
Betegség és medikalizáció 1. <i>A betegség fogalma: hasadt egység</i>	125
Betegség és medikalizáció 2. <i>A betegség mint rothadt alma és mint festmény</i>	131
A boldogító képlet: $y = 2,776x_1 - 0,0607x_2 - 13,007x_3 - 16,796$	137
A gyengébb nem erős nemje	143

A betegségzlet. Feszültségek a gyógyszeripar, a betegek és a medicina viszonyában	149
A gyógyszer diszkrét bája	155
„Félek a görögöktől...”	161
Már a tudomány sem a régi?	167
A gyógyszeripar ellen vagy a megbízhatóbb tudásért?	172
Amikor a „kemény” tudomány felpuhul...	177
Bálványunk: a pirula	183
A Fordítva Alvók Országá	189
Terápiakultúra	193
A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága	198
Utógondolatok a medikalizációról	204
Se vele, se nélküle	209
Medicina: hajó a kultúra tengerén	215
Beteg vagy megszállott?	220
Hajszolt egészség	226
A beteg kultúrája	232
Placebotanulások	238
A semmivallás emberáldozatai	246
Vakcinamizéria: betegség- vagy egészségtünet?	251
A Ferenczi-kultusz, a terápiás technika és a „dodóhipotézis”	255
Végtelen történet?	268
A kétségbeesés betegségei	273
Orvosilag	277
A személytelen harmadik, avagy a trauma kultúrája	284

BEVEZETÉS

A múlt század utolsó harmadáig a modern medicina a közvélemény előtt a nyugati civilizáció egyértelmű „sikerágazataként” jelent meg, amely eredményeiben, látványos fejlődésében mintegy kultúránk „élcsapataként” jelentette meg a technikai-tudományos civilizáció más kultúrákkal szembeni fölényét. Az utóbbi évtizedek azonban a medicinához és intézményeihez fűződő fokozódó ambivalencia korszakának beköszöntét jelentik. A „sikertörténet” narratívája természetesen továbbra is erőteljesen jelen van. A médiából nap mint nap értesülhet a közönség a medicina egy-egy újabb „áttöréséről”, vagy legalábbis ígéretes tudományos eredményekről. E korábban egyszólamúnak tűnő értékelésbe azonban fokozatosan egy másik narratíva is beleszövődik, amely egyre inkább problémákkal tarkítottnak láttatja a modern medicina kulturális helyzetét, és olyan kérdéseket fogalmaz meg, amelyek a korábban egyértelműnek látszó folyamatokat többszólamúaknak, több lehetséges értékelésre, interpretációra méltóknak mutatja be. Az ezredfordulón megjelent könyv szakértő szerzője egyenesen azt a címet választotta, hogy *A modern medicina felemelkedése és hanyatlása*,¹ és több száz oldalon amellel érvel, hogy a modern medicina az utóbbi húsz-harminc évben hanyatló szakaszába lépett. Ez a könyv nem valamilyen „underground” irodalom, feltűnő kivétel, egy örült elme szüleménye, hanem az előbb említett fokozódó kulturális ambivalencia egyik megnyilvánulása. A medicinát saját kultúrája már nem tekinti „érinthetetlen” intézménynek. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a nyugati kultúra saját identitás-zavarai megfertőzték medicináját. Kételyei elérték azt az intézményét is, amely értékeiben, motivációiban, technikájában, módszereiben a legmegalapotabbnak tűnt fel. Alapkérdéseit illetően a kételytől legtávolabb állónak kellett lennie, mert a nyugati ember számára legrémisztőbb probléma

¹ Le Fanu, J.: *The rise and fall of modern medicine*, New York, 2000.

megoldását kapta feladatául – az individuum halálának megszüntetését. E feladat rendkívüli erőfeszítésekre készítette az orvoslást, egyben úgy megterhelte azt, hogy a döntően sikeresnek tűnő intézmény főszereplői egyre rosszabbul érzik magukat hivatásukban.

Milyen folyamatok vezettek a medicina befolyásának növekedéséhez és egyben e befolyás megkérdőjelezéséhez? Hogyan és miért van felbomlóban a medicina és az azt övező kultúra közötti harmonikusnak látszó viszony? Hogyan változik a medicina kulturális helyzete? Miként jelennek meg ezek a folyamatok az orvos és betege kapcsolatában? Milyen lehetőségei vannak az orvosnak e tendenciák befolyásolásában? Hogyan rendezheti újjá szakmai identitását a változó érték- és intézményrendszerben?

E könyv írásai arra töreksenek, hogy a „világ” felől közelítve megnevezzék és felvázolják a nyugati medicina néhány alaptendenciáját, jelezve ezzel azokat az irányokat és ellentmondásokat, amelyeket a magyar egészségügyi rendszer e kultúra részeként úgyszólván kikerülhetetlenül és elengedhetetlenül importál.

A *medikalizáció* a nyugati kultúra és medicinájának egyik legfontosabb kortárs „anyagcsere folyamata”, amely egyszerre juttatja a medicinát a rendkívüli jelentőségű intézmény helyzetébe, ugyanakkor felfokozza „veleszületett” és „szerzett” ellentmondásait.

Nem biztos, hogy az olvasó e fejleményekben megnyugtató válaszokat fog találni egzisztenciális kétségeire; különben is filozófiai irányultságú szövegek inkább kérdéseket tesznek fel, mint válaszokat fogalmaznak meg. A kérdések azonban gyakran idegesítőbbek, mint azok a válaszok, amelyek előre meghatározott elvekből fakadnak. Az írások a szerző szándékai szerint egy „*kétségfejlesztő*” kurzus részei, és abban segíthetnek, hogy az, aki reflexióra és önreflexióra nyitott, megmártózzhat a medikalizáció mindenki által megélt, de talán kellően meg nem gondolt dilemmáiban. Így a folyamatok elveszítik természetességüket, magától értetődőségüket, és mind a szakember, mind a laikus számára egy kis szabadság nyílik ahhoz, hogy valóban kialakítsa személyes viszonyát a medikalizáció konkrét megnyilvánulásaihoz.

A könyvben található írások – az eddig nem publikált, *A személytelen harmadik, avagy a trauma kultúrája* kivételével – eredetileg a LAM folyóiratban jelentek meg egy jó évtized alatt. Az eltelt idő alatt, remélem, a gon-

dolatok nem koptak meg, ám a könyvvé szerkesztés során néhány apróbb formai változtatást kellett tenni (weboldalak címének frissítése, jegyzetek formai egységesítése stb.). Az írásokkal az volt a céлом, hogy egy filozófiai igényű és irányú beszédmódot találjak, amely több szempontot kísérel meg egyszerre érvényesíteni:

1. a medikalizáció témája révén a modern medicina számos főbb – ha nem a legfontosabb – problémáját/it lehet megbeszélni;

2. a magyar olvasók, zömmel orvosok számára e kérdések olyannyira hiányos hazai recepciójához hozzájárulni;

3. olyan stílust és beszédmódot „kikísérletezni”, amely alkalmas a bölcséleti szempontok érvényesítésére a medicina művelői számára; amely úgy tudományos, hogy esetleg meggondolkodtat, sőt vitára sarkall.

Az eddig nem publikált írás azzal, hogy nem kellett tekintettel lennem a LAM megkövetelte terjedelmi korlátokra, alaposabban járja körül a lelki trauma kulturális-filozófiai aspektusait, és így stílusában némiképp eltér a többi szövegtől. Remélhetőleg a terjedelmesebb kifejtés nem megy az olvashatóság rovására.

Különös tisztesség számomra, hogy két kiadó együttműködésének eredményeként kerülhet az olvasó kezébe ez a könyv. A Debreceni Egyetemi Kiadó Szerkesztősége olyan alapos és lelkiismeretes munkával készíti elő a könyvet a nyomtatásra, hogy csak köszönni tudom a könyv iránti „édes-szülői” attitűdöt.

Nagy hálával tartozom a Literatura Medica Kiadónak és a LAM (Lege Artis Medicinae) folyóirat szerkesztőségének azért, hogy felvállalták e téma gondozását és ennek olykor konfliktusokkal járó folyamányait. Kitűnő, kritikusan támogató, mindenesetre szeretetteljes légkörben készülhetnek a cikkek, amelyek – előre sejthető módon – különféle indulatokat váltottak ki. A filozófiai irányultság megkerülhetetlen sajátossága, hogy olyan kérdéseket, témákat sem „tisztelet”, amelyek kulturálisan kódoltan elintézettnek, magától értetődőnek tűnnek az egészségügy szereplői számára. A filozófiai kérdésfeltevés a dolgok ezen üde természetességét számolja fel, és olyan „kétségfejllesztést” indít be, amely elintézettnek vélt ügyekben tör „perújrafelvételre”. A magyar medicinát övező hektikus légkör különösen alkalmas arra, hogy az ilyen típusú, alapkérdéseket érintő szövegek pro-

jekciós felületet nyújtsanak az olvasó félelmei, negatív indulatai számára – hogy a szöveg eszkalálja a szakmai-egzisztenciális szorongásokat.

A szerző legfeljebb csak remélheti, hogy a nyájas olvasó „féken tartja” projekcióit, és nem sújtja a szerzőt nagyobb átokkal, mint amit egyébként is megérdemel.²

² A publikáció elkészítését a TÁMOP 4.2.1./B-09/1/KONV-2010-0007 számú projekt támogatta. (A projekt az Új Magyarország Fejlesztési Terven keresztül az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap és az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.)

A KIS SÁRGA PIRULA

A Rolling Stones 1966-os dala a *Mother's Little Helper* (A mama kis segítője) – már akkor – mint cseppben a tengert mutatta meg azt a jelenséget, amely nagyjából abban az időben kezdett a szenzibilis emberek számára értelmezendő, mert társadalmilag fontos folyamattá válni a nyugati társadalmakban, és amelyet összefoglalóan a medikalizáció fogalmával szoktak jelölni.

A medikalizáció azt a folyamatot jelenti, amelyben az emberi élet nyűgei, szenvedései, amelyeknek megoldására vagy legalább elviselhető kihordására a korábbi társadalmak különféle intézményeket „találtak ki” (vallás, erkölcs, pedagógia, jog, család), most és egyre inkább orvosi vagy egészségügyi problémákként jelennek meg, és megoldásukat a nyugati ember (elviselésük egyre kevésbé alternatíva) az egészségügyi rendszertől és azok szereplőitől várja.

A Rolling Stones szövegében szereplő asszony a következő – számára megoldhatatlannak tűnő – létkérdésekkel találja szembe magát: öregedés, gyermeknevelés, háztartásvezetés, szexuális élet, a boldogság keresése. Nyilvánvalóan ez a szikár felsorolás korántsem tükrözi azt a bonyolult konstellációt, amelyre a szöveg utal. Inkább csak azzal a folyamattal szembesít, hogy ezekhez a – nevezzük így – életvezetési problémákhoz a korábbiakban mennyire nem volt köze a medicinának, és milyen élesen új helyzet az, amelyben az életproblémákra egy pirula tűnik a megoldásnak; amikor a jó és rossz kategóriáit a normális és abnormális (patologikus) váltja fel.

Egy úgyszólván tankönyvi példa arról a középkorú nőről szól, aki krónikus és kimerítő fejfájásban szenved, és akadozó mondatokban mondja el egy csoport orvostanhallgatónak, hogy férje alkoholista, aki időnként bántalmazza őt, hogy lényegében otthonához van kötve, mert szenilis és inkontinens anyósát kell gondoznia, és ráadásul még tizenéves fia miatt is aggódik, akit eltanácsoltak a középiskolából. Miután a diákok együttérzés-

sel végighallgatják a hölgy „előadását”, az egyik megkérdezi orvos tanáratól: „De mi a fejfájás oka?”¹ Az olvasó, aki kívülről szemléli a szituációt, nyomban érzékelheti, hogy valami nincs rendjén ezzel a beszélgetéssel. Ugyanaz a kettősség „kínozza”, mint a Rolling Stones balladájának esetében: egyszerre tűnik fel mind a két esetben a megoldás magától érte-tődőnek, tudniillik a legtöbben orvoshoz fordulnának, hiszen ki másra tar-tozna a fejfájás, mint az orvosra; ugyanakkor egy másik közelítésben szin-te felkiáltanánk: De mi köze ezeknek az élethelyzeteknek és megoldásuk-nak a medicinához?! Hiszen, hogyan is szól a vers: „És bár valójában nem beteg...” A dal éppen a medikalizáció első lépését ragadja meg, amikor az „ez a magatartás: betegség” forma még nem vált „halott metaforává”; még kétség szennyezi, még átsejlik múltja, még két valóság határán van. A kö-vetkező lépcsőfokkal fejeződik be a folyamat, amikor a „valójában” már csak „magától érte-tődően” a betegségre vonatkozik. A probléma más kate-góriák alá sorolásának lehetősége fel sem merül.

The Rolling Stones műsorából

A mama kis segítője – Mother's Little Helper (Aftermath, 1966)

Zene és szöveg: Mick Jagger és Keith Richard. Fordította: Földes László

*Micsoda nyűg az öregedés
A gyerekek mások ma, hallom, minden anya ezt mondja
A mamának kell ma valami, hogy megnyugtassa
És bár valójában nem beteg, van egy kis sárga pirula
És a mama kis segítőjének védelmét keresi
És ez segít útján, átsegíti a fárasztó napon
A dolgok mások ma, hallom, minden anya ezt mondja
Friss húst sütni a férjnek csak nyűg
Így készítésztát vásárol és megsüti a fagyasztott húst
És a mama kis segítőjének védelmét keresi
És már kettő segít útján, át a nehéz napon*

¹ Lock, M. és Schepr-Hughes, N.: A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent, in: Johnson, T. M. és Sargent, C. F. (szerk.): *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, New York, 1990, 47–72. o.

*Doktor úr kérem, valamivel többet kérek
Az ajtón túl még négyet bevesz
Micsoda nyűg az öregedés
A férfiak nem ugyanazok ma, hallom, minden anya ezt mondja
Nem értékelik, hogy elfáradtál
Olyan nehéz őket kielégíteni, aztán nyugtathatod az agyad
Hát siess a mama kis segítőjének védelmét keresni
Négy segít át az éjszakán, segít enyhíteni a helyzetet
Az élet túl nehéz ma, hallom, minden anya ezt mondja
A boldogság hajszolása unalmas
És ha még többet veszel be belőle, túladagolod magad
Nincs több futás a mama kis segítőjének védelmét keresni
Átsegítettek az utadon keresztül fárasztó haláloed napján*

E medikalizációval kapcsolatos ambivalencia új és új történetekben fejeződik ki. Az egyik legutóbbi amerikai vagy inkább angolszász vita az úgynevezett figyelemhiány/hiperaktivitás zavar (ADD/ADHD) az angol rövidítése) körül alakult ki.² Ezt a betegségkategóriát olyan gyermekekre alkalmazzák, akik az iskolai órán nem tudnak koncentrálni és kontrollálhatatlanul aktívak. Majdnem hétmillió gyermeket diagnosztizáltak manapság e „betegséggel”, amelyet azért kell idézőjelbe tenni, mert bírálói éppen azt vitatják, hogy létezik-e ilyen kórkép. Éles bírálatok érik a kezelés módját is, tudniillik a gyermekek nagy része hosszú idő óta egy bizonyos Ritalin nevű gyógyszeren él, amely nyugtató és „fókuszáló” hatással van a hiperaktív gyermekekre. Hogyan létezik – teszik fel a bírálók a kérdést –, hogy az 1985-ös 500 ezerről 1999-re hétmillióra növekedett az e betegségben szenvedők aránya?³ Mitől e járvány? Vajon nem arról van szó, hogy az agy kémiai zavarának bejelentése mögött a társadalmi intézmények – család, iskola – felelősségének elhárítása áll? A gyermeki viselkedés medikalizációja révén minden szereplő mentesül a felelősség alól. Nem a gyermekét elhanyagoló szülő a hibás, nem a munkáját rosszul végző pedagógus, nem

² A vitával kapcsolatban lásd például www.vh.org/Providers/Conferences/CPS/39.html (utolsó letöltés dátuma: 2001) és www.adhdfrac.net.

³ DeWeese, T.: *Ritalin is poison*, 2006, www.newswithviews.com/DeWeese/tom64.htm.

a hibás iskolai nevelési módszerek, hanem az agy fatális kémiai zavara, amiről természetesen senki sem tehet, az csak úgy jön.

Mi lesz a gyermekeinkkel – teszük fel a kérdést –, ha már kicsiny koruktól kezdve pszichiátriai szereken élnek? Az amerikai gyermekek körében 15–20%-ra becsülik e szerek használatát. A pszichotrop szerek, mint az antidepresszánsok vagy stimulánsok használata – egyes amerikai szerzők szerint – megduplázódott vagy inkább megháromszorozódott 1991 és 1995 között. A pedagógusok egy része már ki van képezve arra, hogy mintegy elődiagnózt végezzen, és megállapítsa, kell-e az adott gyermeknek a „viselkedészavarára” gyógyszert szednie.

Az e folyamatot üdvözlők egyebek között azzal érvelnek, hogy a kezelés alá vont gyermekek nyugodtabbakká válnak, és iskolai eredményeik javulnak. E gyermekek szülei pedig nem győznek hálálkodni annak a tanárnak, akinek a tanácsára a gyermeküket a gyógyszert felíró orvoshoz vitték.

Akár ünnepeljük e folyamatot, akár megrökönyödünk látván erejét és sebességét, két dolgot mindenesetre megállapíthatunk: az első mindjárt e két roppant eltérő viszonyulás lehetősége és valósága. A cél-eszköz viszony szempontjából rövid távon legalábbis igen jónak látszik a gyógyszeres megoldás: olcsó, egyszerű, hatékony. A pirula „megnevelte a gyermeket”. De vannak, akik feldúltan kérdezik: Milyen lesz a gyógyszeren felnőtt gyermekek személyisége? Milyen lesz társadalmunk, kultúránk, ha gyógyszerekkel szabályozzuk viselkedésünket? A korábban pedagógiai probléma egyszerűen orvosivá alakult: a rossz vagy neveletlen gyermekből „agybeteg” lett, a korábban rossz kórossá, abnormálissá vált. A társadalmi, morális probléma biológiaivá szelődött, egyszerűsödött. Ezzel nemcsak a felelősség kérdését lehet félretenni, hanem a szülő-gyermek, iskola-gyermek kapcsolatának fáradságos és nem garantált sikerekkel kecsegtető munkáját is meg lehet spórolni, és egy másik játéktérre lehet helyezni. Ez a példa is arra utal, hogy a medikalizáció ösztársadalmi játszma, ami azt jelenti, hogy nagy leegyszerűsítés lenne pusztán a medikális expanziót felelőssé tenni e folyamatokért. Legalább ennyire jelentős a társadalmi megrendelés szerepe, amelyet a medicina csak kielégít.

A „LETOURNEAU-ESET”

Egy botrányos viszony értelmezései

A medikalizáció fogalma folyamatot jelöl, és nem valamilyen definícióval előre lefoglalt felségterületet. Fontos sajátossága éppen mozgása, amelyben a medicina és környezete szakadatlan alkufolyamatban vannak egymással. Hol a társadalomnak van szüksége valamilyen jelenség újra meghatározásához a medicinára, hol a medicina aktorai kínálják fel új portékájukat megvételre, és vagy létrejön az „üzlet”, vagy nem. Mostanában többnyire létrejön.

Ha a medikalizáció akként zajlik, ahogy azt fentebb jeleztük, akkor feltehetően e folyamat szempontjából a világ két részre oszlik a már medikalizált jelenségek és a még nem medikalizált jelenségek csoportjára.

A megfigyelő számára valószínűleg a mozgó határ közelében lenni a legérdekesebb és a leghasznosabb. Ott, ahol az átalakulás zajlik, ahol korábbi erkölcsi, vallási, jogi, pedagógiai stb. kategóriák éppen átalakulóban vannak. Ahol még szemet szűrő az ambivalencia, a bizonytalanság, ahol az adott magatartást éppen húzzák-ráncigálják két vagy több kategória között. Ahol a közreműködők mindegyike magának akarja, bedobva a küzdelembe tudományt, retorikát, politikát, manipulációt, médiát stb. Még tetten érhető, hogyan versengenek a lehetséges meghatározások egymással, hogyan árulják portékájukat az interpretációpiacon.

A metaforák küzdelme különösen akkor nyilvánul meg, amikor valamilyen társadalmilag zavaró magatartás kontrollt igényel, és a szereplők keresik az erre alkalmas intézményt. De éppen az intézmények, értékelések, ítéletek felosztotta világban a helyzet nem engedi meg az eset „*clara et distincta*” definícióját, elhelyezését a kategóriák addig kimunkált tájképen. És megindul a jelenség definiálásának jogáért a küzdelem. Amelyik intézmény plauzibilisebben érvel, mint a többi, az szerez hatalmat az adott

magatartás kezelése felett. De a küzdelem olykor nem dől el rövid időszak alatt, a megoldások csak hosszabb vajúdás után jutnak ideiglenes nyugvópontra.

Viharos történések

A következőkben egy ilyen konstellációval kapcsolatban vesszük szemügyre a medicina beavatkozását egy olyan társadalmilag érzékeny szituációba, amely számára rövid sikeres előretörés után részleges visszavonulással végződött.

Egy amerikai kiváló (*superteacher*) általános iskolai tanárnő (Mary Kay Letourneau), négygyermekes családjában szerelmi viszonyba keveredett 13 éves (színes bőrű) tanítványával, akitől két gyermeke született. E száraz, rövid, hírszerű tényközlés mögött viharos történések zajlottak.

Ha jobban odafigyelünk, akkor azt láthatjuk, hogy e hollywoodias eseményt nem annyira a „civil” szereplők alkották meg, hanem sokkal inkább néhány társadalmi intézménynek a történések értelmezésért folytatott küzdelme. Mert nézzük csak: a tanárnőt bíróság elé állították szexuális erőszak vádjával, és hét és fél évi börtönre ítélték. A törvény elé citálás már önmagában is megosztotta a „megfigyelőket”. Az egyik, a romantikus álláspont szerint a szerelem már csak ilyen, annak nem lehet mértéket szabni, nem lehet útját állni. Korához képest érett fiatalemberrel van szó, aki egyáltalán nem az erőszaknak engedve vonódott bele ebbe a kapcsolatba. Vili Fualaus, az „áldozat” az ítéletet hallva kijelentette: „Nem számít, meddig kell várnom, ott leszek, mert szerelmünk olyan különleges, hogy semmi sem állhat az útjában.”¹ Nyilvánvalóan a pár (és sok más ember) nézőpontja nem lehet az egyedüli alap a kapcsolat „racionális elhelyezésére”. A jog kikényszeríti a saját meghatározását, és a közösségi értékek letéteményeként a bűncselekmény kategóriájába helyezi el a viszonyt azon az alapon, hogy az egyik „elkövető” nem felnőtt férfi volt, hanem még gyermek.

¹ Cloud, J.: A matter of hearts, in: *Time Magazine* 17 (1998), <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,988276,00.html>.

A romantikus szerelem minősítést pedig csak felnőttek kapcsolata érdemli meg.

A szerelem mint társadalmilag elfogadott „őrültség” és a pedofília mint kriminalitás között azonban ott húzódik a tanárnő korábbi életének története, amely nem hagyja sem a romantikus, sem a kriminális verziót eluralkodni a másikkal szemben, és egy harmadik kiegészítő interpretációért kiált. A tanárnő hírhedtté vált liaisonja előtt ugyanis a példás amerikai nő életét élte. Nemcsak kitűnő tanárként jellemzik szinte egyhangúlag azok a szülők, akik küzdöttek azért, hogy gyerekeik az ő osztályába kerüljenek, hanem négygyerekes anyaként mintegy beteljesítette az ideális polgár képét. Hogyan lesz a mintapolgárból családját és karrierjét leromboló, saját életét tönkretévő bukott nő? A szerelemnek nem lehet ilyen szennyes következménye, egy meglett, komoly nőn nem hatalmasodhatnak el a szenvedélyek – vélik sokan. Az ő kora, már nem a szerelem, a megengedett „őrültség” kora.

Különösen misztikusnak tűnik az ugrás a mintapolgári létből a bűnöző pedofil, gyermeket megerőszakoló létbe. Ha a törvények jók, a társadalom értékrendszere jó, ha a tanárnő jó „családból való”, ha egész eddigi életútja ellentmond a gyermekeket szexuálisan molesztáló aberrált generalizált képének, akkor hiányzik egy fontos láncszem a magyarázatból.

Az orvosi magyarázat

Itt lép a képbe a medicina, amely mintegy segítségére siet a megzavarodott közönségnek. És lassan kirajzolódik a „ha nem bűnös, akkor bizonyára beteg” alternatív interpretációja. Ez nemcsak közelebb áll a „szerelem egyenlő őrültség” képéhez, hanem tudományos nyelvet és apparátust használva ki is menekíti a tanárnőt a jogi felelősség területéről, vagy legalábbis ezzel kecsegtet.

„Mary Kay Letourneau bűnöző, gyermeket megerőszakoló személy? Be-tegségének, a bipolaris zavarnak az áldozata? Vagy van valamilyen közép-

út?”² Mindenesetre a védelem alkalmazta pszichiáter egyértelműnek látta, hogy itt bipoláris zavarról vagy mániás depresszióról van szó, mert annak minden tünete világosan felfedezhető a vádlott viselkedésében: megnövekedett energiaszint és lecsökkent alvásidő, fokozott szexualitás, nem megfelelő és impulzív viselkedés, korlátozott ítélőképesség, örömszerzés magas kockázatú cselekedetek révén, visszautasított gyógyszerelés. „Susan Moores, aki szexuális bűnelkövetőket kezel, azt mondja, hogy Letourneau-nak két különböző problémája van: bipoláris zavar és deviáns szexuális izgalmi mintázat.”³

A medikális diagnózis és kezelés közbeiktatásával mintha csillapítani lehetne a feszültséget a szerelem és a pedofília között azzal, hogy tanárnő és tanítványának e viszonya szerelem, de annak patológikus alakjában, és ugyanakkor pedofília, de nem erkölcsi, hanem elmebetegségi alapon. A botrányos viszony patológizálása közös nevezőt teremt a társadalmi értékrendszerben egyébként oly távoli, sőt ellentétes kategóriák – a szerelem és a pedofília – között. Ekképpen mind a „nemes érzelem”, mind a bűncselekmény agyi kémiai zavaron alapul. A fenomenológiájukban és társadalmi megítélésükben oly különböző jelenségek tulajdonképpen egy „lényeg” megnyilvánulásai. Az eddig érthetetlen és zavarba ejtő történések a medicalizáció révén „értelmessé” váltak.

A medikális besorolás azonban, noha harmadik interpretációs lehetőségként lépett a képbe, de nem volt képes a másik kettőt teljesen kiszorítani. Ez akkor vált nyilvánvalóvá, amikor a bíró a börtönbüntetést az elmebetegségeire hivatkozva felfüggesztette azzal, hogy eltiltotta a vádlottat a fiúval való találkozástól, és előírta, hogy vegyen részt a szexuális erőszakot elkövetőknek szánt pszichoterápiás kezelésen. Ebben a pillanatban úgy látszott, hogy a medikális diagnózis győz, a kriminális megítélés háttérbe szorul. Amikor azonban Mary Letourneau „lebukott” a fiúval egy rendőrségi ellenőrzésen (megszegte a találkozásaira kimondott tilalmat), akkor a bírónő kijelentette: „Ez az eset nem egy hibás rendszerről szól. Egy le-

² Purse, M.: *Criminal – or victim of bipolar disorder?*, 2012, <http://bipolar.about.com/library/weekly/aa000114a.htm?once=true&>.

³ Purse 2012.

hetőségről szól, amelyet ön botor módon eltékozolt.”⁴ Majd érvénybe léptette a kezelés idejére felfüggesztett börtönbüntetést.

Ki lesz a győztes?

Ez az a pont, ahol el kellett válnia annak, hogy melyik lesz a győztes interpretáció és intézmény. Ha a bíró a medikalizáció logikáját követte volna, akkor a vádlott kudarcát, az ítélet megszegését a nő betegségstünetének fogta volna fel. Ez, ha figyelembe vesszük a bipoláris zavar tüneti listáját, körben forgó definícióként még inkább megerősítette volna a medikális kimenetet. Hiszen „a betegség egy tünete nagy kockázatú cselekedetek révén való örömszerzés, tekintet nélkül a fájdalmas következményekre.”⁵ Ahogy orvosa kijelentette: „Ez a betegsége van. Ez egy biológiai, patológiás, medikális állapot.”⁶ A bíró számára a tanárnő viselkedése még inkább alátámaszthatta volna a diagnózist, és minthogy a bipoláris zavarból származó tünetei egyre erősödtek, sőt elhatalmasodtak rajta, még fokozottabb orvosi segítséget írhatott volna elő. Ehelyett nem betegbbnek, hanem bűnösebbnek nyilvánította őt. Mintha a betegség interpretációja egy bizonyos fokon túl érvénytelenítette, hiteltelenítette volna magát a betegségként való kategorizálást, hogy a társadalmi kontrollnak egy drasztikusabb formája védje meg az ártatlanokat az efféle bűnözőktől; mintha a medikális kontroll nem ígért volna elegendő garanciát azokkal a félelmekkel és fantáziákkal szemben, amelyeket ez a tett a közvéleményben kiváltott. Ezzel persze implicit módon azt is elismerte, hogy a pszichoterápiát és a gyógyszerelést büntetési formának fogta fel, amely ugyanolyan nemű, noha enyhébb fokozatú, mint a többéves börtönbüntetés. A bíróság számára a vagy pszichoterápiára, vagy börtönbe megy büntetési alternatívák voltak, és nem a gyógykezelés vagy büntetés teljesen más érték- és intézményrendszerbe tartozó választási lehetőségei. Valószínű, ha a medicina kordában tudta volna tartani

⁴ Broom, J., Ostromand, C. M. és Gilmore, S.: Letourneau's failure not a surprise, in: *The Seattle Times*, 7. February 1998.

⁵ Broom, Ostromand és Gilmore 1998.

⁶ Broom, Ostromand és Gilmore 1998.

a vádlottat, és az nem rúgja fel a bíró és az általa képviseltek által felállított szabályokat, akkor újabb medikális sikerként könyvelhette volna el a „Le-tourneau-esetet”. (Ez a védekezés meg is jelent, minthogy orvosa szerint a vádlott ideiglenes szabadulása után abbahagyta a gyógyszereszedést, ezért hatalmasodott el a kór rajta.)

A tanárnó talán éppen azért kénytelen most hét és fél éves börtönbüntetést elszenvedni (2005-ben szabadul), mert megzavarta a megítélés-kategória határait. Erős társadalmi ambivalenciát váltott ki azzal, hogy nem adta meg a nyugodt, magabiztos, világos és egyértelmű válasz lehetőségét a közvélemény számára: szerelmes asszony, pedofil bűnöző vagy elmebeteg? Az eset medikalizációja csak félig-meddig vallott kudarcot. Lehetséges interpretációként nemcsak hogy megjelent egy szerelminek induló történetben, hanem újbóli fellépésének és megerősödésének nem áll semmi az útjában. Nem mondatott ki, hogy az asszony nem elmebeteg, csak nem ez lett megítélésének ideiglenesen döntő szempontja. És egy idő elteltével újra lehet kezdeni az ilyen és hasonló tettek definíciójáért folytatott harcot...

GYÓGYÍR SZERELMI MEGSZÁLLOTTSÁGRA

„Jon Anon: Tizennégy éves fiú vagyok, és mostanában belehabarodtam (*infatuated*) valakibe, megszállottja (*obsessed*) lettem egy lánynak, akit az iskolából ismerek. Nagyon szeretném tudni, hogyan állíthatnám meg ezt, mert tönkreteszi az életem, és a lány nem egy különösebben kedves személy. Azért, hogy véget vessek az iránta való érzéseimnek, intravénásan szerotoninhoz kell jutnom, vagy ez hamarosan véget ér?

Dr. Helen Fisher: A szerotoninbevitel segíthet – de fontosabb, hogy tartsd magad távol a lánytól. Ne hívd, ne írd neki, és ne menj olyan helyekre, ahol ő jár; tartózkodj a barátaitól és bármi olyantól, ami rá emlékeztet. Végül érzéseid megszűnnek.”¹

A fenti párbeszéd a BBC-ben zajlott a test kémiajáról szóló beszélgetésben. Talán különösnek és a „régiságak” számára egyenesen meghökentetőnek tűnik az a lehetőség, hogy a szerelem orvosi beavatkozás, orvosi kezelés tárgya lehet.

Mindazonáltal az utóbbi évek fejleményei a medikalizáció egy különösen érdekes hajtásaként és lehetőségeként láttatják a romantikus szerelmet.

Míntha vége szakadna annak a hosszan tartó felfogásnak, amely szerint a szerelem – noha hétköznapi értelemben véve „őrültség” – a szív ügye és a költészet, a líra a megközelítő, ha nem is adekvát kifejeződési formája. A szerelem dolgaiba avatkozó medikális tudomány már nemcsak a szexuális zavarok testi megnyilvánulásainak gyógyítása területén jelenti be kompetenciaigényét, hanem a par excellence érzelmi vonulatban is.

E folyamat megértéséhez utalnunk kell a medikalizáció általános és szükséges kettős feltételére:

¹ www.bbc.co.uk/health/body-chemistry/livechat_transcript.shtml (utolsó letöltés dátuma: 2002).

– A szóban forgó magatartás, viselkedés deviáns és társadalmi méretekben fenyegető legyen. Ez motivációt jelentsen az ellenőrzés alá vonásához.

– Meg kell találni a kapcsolatot az adott magatartás és a medicina fellegterülete között.²

Ahhoz, hogy ezek a feltételek teljesüljenek, a szerelemnek el kell vesztítenie metaforikus örültség besorolását, és szó szerinti örültséggé kell válnia. Továbbá olyan folyamatként kell megjeleníteni, amely medikális eszközökkel, nyelvvezetellel és fogalomkészlettel leírható és befolyásolható, ellenőrizhető.

A két feltétel egymást erősíti. Azaz, hiába kerülne a szerelem az ellenőrzést igénylő deviancia kategóriájába, ha más intézmény jelöltetne ki felügyeletére, például a pedagógia, vallási intézmény stb. Továbbá hiába lennének kimutathatók a testi folyamatok abnormalitásának tünetei, ha nem tekintené a társadalom (és az egyén) a viselkedést fenyegetően deviánsnak: az önfeláldozóan altruista agyi kémiai folyamatai valószínűleg különböznek az átlagosan önző emberétől, mégsem lesz ez a magatartás medikalizált, mert nem fenyegeti a széles értelemben vett társadalmi stabilitást.

A szerelem kategóriája azért sodródhat a medikalizáció folyamatába, mert biomedikális szinten megsértett egy – metaforikus értelemben vett – „érintési tabu”. Mint tudható, az érintési tabu az úgynevezett primitív társadalmak hitrendszerének sajátossága, amelyben a tabuvá minősített személy vagy tárgy érintése végzetes következményekkel jár. Ennek példaként a főnök ételének – akár tudatlanságból eredő – elfogyasztása az ezt elkövető önelemesztő halálát vonja maga után.

A szerelem esetében – noha az uralkodó metaforikus örültség értelmében távol esőnek látszik a manifeszt elmebetegségtől – a neurokémiai kutatások mégis felfedezték a materiális hasonlóságot, sőt, azonosságot.

Minden évben kiosztják az úgynevezett Ig Nobel-díjakat azoknak a tudományos publikációknak, amelyeket nem lehet és nem szabad megisméltetni.³ 2000-ben az orvosi szekció egyik díját „A vérlemezke szerotonin

² Tausing, M., Michello, J. és Subendi, S.: *A sociology of mental illness*, New Jersey, 1999, 144–145. o.

³ <http://www.improb.com/ig/ig-top.html>.

transzporter megváltozása a romantikus szerelemben” című írás kapta.⁴ A cikk szerzőinek következtetését egy szakíró így foglalta össze: „A dalszerzők régóta dúdolják, hogy a szerelem bolondság. De a tudósoknak most egy pontosabb kifejezésük van rá: kényszeres zavar.”⁵ Azaz a szerelem első szakaszának folyamatai megegyeznek a kényszeres zavar (OCD) neurokémiai sajátosságaival. Más szóval, ami a mindennapi kommunikációban csak metaforikusan volt azonos, azaz éppen a nyilvánvaló metafora miatt lényegesen különbözött, az a neurokémiai szinten valódi azonosságot jelent. Minthogy a kényszeres zavar egyértelműen elmebetegségnek számít, ezért a vele való érintkezés révén a szerelem elő van készítve a medikális kontrollra.

Az Ig Nobel-díj pontosan erre a perspektívára hívja fel a figyelmet. A vizsgálat ugyanis tudományos-módszertani értelemben nem hagy komoly kívánnivalót maga után. Maga a kérdésfeltevés és a konklúzió azonban – minden technikai korrektsége mellett – némiképp bizarr (de egyáltalán nem elfogadhatatlan) színben tünteti fel a kutatási eredményeket. Lehet, hogy a jövőben az egyik szerelmes – miközben ideáljához fordul feltenni a számára legfontosabb kérdést: „Szeretsz?”, az igenlő válasz helyett (vagy mellett) – egy laborleletet fog kapni szerotoninszintjéről, és még számos, a jövőben felfedezendő neurokémiai folyamatról. És persze lehet „kiszermesedni” szerotoninbevéttellel, és szerelemben esni szerotonin (vagy más vegyület) csökkentésével.

Mint a fentiekből látható, ezek a kérdések egyáltalán nem olyan utópiikusak, mint amilyeneknek első hallásra tűnnek. A fent idézet BBC-beszélgetés szereplője meg is fogalmazza ezt a lehetőséget, és a szakember – noha egyelőre nem javasolja elsődleges megoldásként – nem utasítja el.

A romantikus szerelem ezzel megtette az első lépéseket afelé, hogy a költők „ellenőrzése” alól kikerüljön, és immár neurokémiailag átdefiniálva orvosi kontrollt kapjon.

Önmagában azonban egy elmezavarral való érintkezése ugyan „ártatlanságának” elvesztéséhez vezet, de ez még nem elegendő társadalmilag elfo-

⁴ Marazziti, D., Akiskal, H. S., Rossi, A. és Cassano, G. B.: Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love, in: *Psychological Medicine* 3 (1999), 741–745. o.

⁵ Brown K. S.: Love sick, in: *New Scientist* 2197 (1999), 42–44. o.

gadott betegséggé minősítéséhez. Hiszen „párjával”, a kényszeres zavarban szenvedővel sem az a baj, hogy alacsony a szerotoninszintje a normális populációval összevetve. Az elmebetegségek sorába való felvétele ugyanis nem a szerotoninszint méréséből ered, hanem a páciens viselkedésén alapul. Nem laborlelete igazolja beteg voltát, hanem viselkedésének értékelése. Ezen értékelés már egyfajta társadalmi megegyezést tükröz a normalitás-abnormalitás megítélésében, és nem pusztán szakmai orvosi diagnózist. A társadalmi minősítés medikalizációban betöltött elengedhetetlen szerepét jól példázza az a gondolatkísérlet, amelyet Richard P. Bentall végzett el abban az írásában, amelyben javaslatot tesz a boldogság pszichiátriai zavarrá minősítésében.⁶ Miután végigtekinti az összes lehetséges tudományos bizonyítékot és érvet a boldogság patológiás karaktere mellett (főként annak normálistól eltérő számát és sajátosságait említve), azt javasolja, hogy a mindennapi nyelvben használatos boldogság szót a formálisabb „nagy affektív zavar, kellemes típus” diagnosztikus kategóriára cseréljük fel. Témánk szempontjából is érdekes ellenvetés lehet, hogy „a boldogság normálisan nem negatívan értékelt”.⁷ Érvelése szerint az ilyen értékítéleteket tartalmazó argumentumok nem határozhatják meg a pszichiátriai osztályozásra vonatkozó megközelítésünket. Ez ellentmond a pszichopatológia természettudományi tételnek.

Minden iróniája mellett fontos tényezőre hívja fel a szerző a figyelmet, amikor arra utal, hogy a boldogság kellemesnek minősítése mintegy társadalmi gátat szab betegséggé nyilvánításának, noha a formális tudományos érvelés – a normálistól, az átlagostól eltérő voltára hivatkozás – akár még lehetővé is tenné ezt. A szerelemhez természetesen ambivalensebb a viszonyunk. Betegséggé nyilvánítására vonatkozóan rövid távon aligha alakulhat ki társadalmi konszenzus vele kapcsolatban. De ugyanakkor nem is kizárt bizonyos – szenvedésként megélt – megnyilvánulásainak orvosi felügyelet alá helyezése. A fenti példában is szereplő nem kívánt szerelem, a boldogtalan szerelem olyan értékelései ezen érzésnek, amelyek utalnak arra, hogy a késő modern társadalom fegyelmezett, racionálisnak mondott, ha-

⁶ Bentall, R. P.: A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder, in: *Journal of Medical Ethics* 2 (1992), 94–98. o.

⁷ Bentall 1992, 94–98. o.

tékony életvezetésében a szenvedélyek általában véve az életformát zavaró, tehát abnormális, üldözendő és/vagy gyógyítandó jelenségek minősítését kapják. Nemcsak kinként élhetők meg, hanem például akadályozzák a hatékony munkavégzést azzal, hogy elvonják az érintett figyelmét, általában megfosztják totális pszichés jelenlététől a munkafolyamatban.

A romantikus szerelem éppen szenvedélyes jellege miatt alkalmas arra, hogy kívánatos, vonzó arca mellett megjelenjen az elfojtandó, felszámolandó, visszaszorítandó vonása. Ha itt komoly igények lépnek fel, akkor az elméletek és a technológiák piacán bizvást megjelenik a „problémát kezelő” medicina is.

A fenti kutatás szerzői a romantikus szerelem általuk vizsgált szakaszát a pár közötti első koitusz előtti állapotra korlátozzák. De már láthatóak az e definíciót meghaladó perspektívák is. Az Ig Nobel-díj egy másik kikutatott alkotása a „Mágneses rezonanciás kép alkotása a férfi és a női genitáléről a koitusz és szexuális izgalom közben”.⁸ E megközelítés révén – amelyet a mindenben visszásságokat keresők, és a mindent medikalizálni akarók akár a voyerizmus tudományos szintre emelésének is nevezhetnének – nemcsak a szerelem érzelmi, hanem technikai mozzanatai is bekerülhetnek a hightech megcsillantotta szédítő lehetőségek sorába.

⁸ Schultz, W. W., Andel, P. van, Sabelis, I. és Mooyaart, E.: Magnetic resonance imaging of male and female genitals during coitus and female sexual arousal, in: *British Medical Journal* 7225 (1999), 1596. o.

A KIS KÉK PIRULA

Péniszbajok

Sorozatunk előző részében említést tettünk arról a díjnyertes publikációról, amely a férfi és női nemi szervek MR-vizsgálatával foglalkozik koitusz közben.¹ A tudattalan visszatérésének eme kiváló bizonyítéka egyedi igazolását adja Freud azon sokat vitatott feltevésének, amely szerint a tudományos érdeklődés a gyermek tágabb értelemben vett szexuális kíváncsiságának (honnan van a gyermek?) szublimált származéka. Az a nagy horderejű megállapítás, hogy a „pénisz a közösülés során a »misszionáriushelyzetben« bumeráng és nem S alakú”, ahogy azt egy másik szerző botor módon állította, tovább vezet bennünket ahhoz, hogy a szerelem általános szintjéről immár a szerelemben résztvevők különös problémái felé forduljunk. Ezúttal azt vizsgáljuk meg, hogy a szerelem gyakorlása közben ama bumeráng alakot öltött férfiúi testrészt, hogyan helyeződik be... a medikalizáció folyamatába.

Amikor Bob Dole, az 1996-os amerikai elnökválasztás egyik jelöltje tévéhirdetéseiben jelent meg, amelyekben a prosztatatarák korai felismeréséről és a műtét nyomán gyakran előforduló erekciós zavarról (*erectile dysfunction*, ED) beszélt, azonnal nagy vita támadt szereplését illetően. Különösen azért, mert mindezt annak a gyógyszergyártó cégnek a reklámjában tette, amely az utóbbi évek egyik legnagyobb üzletének számító csodapirula előállítója – a kis kék Viagráé.

¹ Schultz, W. W., Andel, P. van, Sabelis, I. és Mooyaart, E.: Magnetic resonance imaging of male and female genitals during coitus and female sexual arousal, in: *British Medical Journal* 7225 (1999), 1596. o.

Ez az esemény inkább csak a „jéghegy csúcsaként” jelképezi a medikalizáció egyik tipikus hadszínteréeként a Viagra felkurbácsolta érzékenységeket, és ezek érvekbe öntött racionalizációit.

Témánk szempontjából kevésbé érdekes a vitának az a „szakmai része”, hogy vajon veszélyes-e a Viagra, kik szedhetik, kik azok, akiknek nem javallott az alkalmazása, és hogy a szedéséhez kapcsolódó halálesetek elriasztóan hatnak-e az (im)potenciális fogyasztókra. A vita mélyebb, érdekesebb része nem magáról a Viagráról szól, hanem arról a „kórképről” – erekciós zavarról –, amelynek gyógyítására a Viagra hivatott. Vajon ez a „betegség” biológiai jellegű, és ekképpen biomedikális-technikai eszközökkel felszámolható? Netán az erekciós zavar kulturális-társadalmi problémák megjelenési helye, és egyben szimbóluma? Lehet-e a szeretkezést főként technikai-funkcionális kérdésként kezelni, vagy a pénisz erekciója csak egy mozzanata a folyamatnak? Milyen mértékben köthető a férfiúi identitáshoz a mindig erekcióra kész hímtag követelménye, vagy éppen azért tűnik fel egyre problematikusabbnak, mert túlzott szerephez jutott a fogyasztói társadalom férfiúi identitásában? A medicina csak asszisztál a szeme láttára, de aktív kezdeményezése nélkül kibontakozó epidémia következményeinek felszámolásához? Csak „passzív medikalizációról” van szó, ahol a medicina „Nincs mit tenni, mint cselekedni!” elve alapján száll be a játékba, vagy a kórkép megalkotásával és intenzív propagandájával, valamint a „Nagy a baj, de itt a csodálatos és egyszerű megoldás!” hirdetésével növeli a szenvedők számát? Vajon a Viagra legfőbb „előnye” nem éppen az, hogy félre lehet tenni a személyes lelki-kapcsolati problémákat, hiszen a szakértők azt mondják, hogy testi a megoldás, tehát testi a baj is? Mennyire semlegesíti a lelki gyengeséggel szembeni férfiúi szorongást – „A testem nem engedelmeskedik a parancsaimnak!” – a zavar tisztán vagy lényegileg testi eredetére hivatkozó álláspont? Milyen szerepet játszik e zavar hirtelen támadt „népszerűségében” az erigált pénisz szimbolikus jelentősége?²

A hivatalos adatok az „erekciós zavar” megdöbbentő epidémiáját jelzik. Az egyik jelentés arról szól, hogy a 65 éves és annál öregebb férfiak

² Vö. „A férfi problémája nem az elvárásnak nem megfelelően működő péniszből fakad, hanem abból a nehéz szimbolikus poggyászból, amelyet ő, és mi mindannyian, a férfi nemzi szervhez csatolunk.” Zilbergeld, B.: *The new male sexuality*, New York, 1992, 28. o.

többsége szenved ettől a „betegségtől”, hol pedig azt találjuk, hogy a negyven és hetven év közöttiek 52%-át sújtja ez a kór.³

Különösen érdekes, hogy amíg kevés technikai lehetőség állt a medicina rendelkezésére a probléma kezeléséhez, akkor az ilyen férfiak több mint 90%-ánál pszichogén impotenciáról beszéltek, a gyógyszeres és technikai lehetőségek bővülésével azonban egyre inkább organikus alapúvá vált a betegség. „Nemritkán olvasni manapság, hogy a férfiak szexuális zavarának 90%-a organikus vagy medikális eredetű.”⁴

Az „erekciós” helyzetet a kritikusok nem érzik ilyen súlyosnak. Úgy vélik, hogy az erekciós zavar inkább pszichoszociális, mint biomedikális probléma. Továbbá hirtelen elterjedésében iatrogén tényezőket vélnek felfedezni: a medicina maga is hozzájárul annak a bajnak a kialakításához és fenntartásához, amelynek felszámolására aztán nagy erőfeszítéseket tesz.

A kritikusok azt hangsúlyozzák, hogy az erekciós zavar epidémiájában legalább két – természetesen egymáshoz kapcsolódó – tényező fontos szerepet játszik: a szexuális viszony késő kapitalizmus körülményei által meghatározott definíciója, valamint a teljesítmény és fogyasztás elvei köré szerveződő kulturális környezet.

„Élje újra mézesheteinek szenvedélyét a Niagara vízesésnél! Nyerje vissza Niagara erejű férfiasságát a Viagrával! Csak vegyen be egy kis kék pirulát és minden szexuális félelme és bizonytalansága eltűnik! Felejtse el minden öregedéssel együtt járó változást! Egy tableta, és mintha újra tizenkilenc vagy húszéves lenne! Engedje, hogy a modern medicina csodája a nagyszerű, vidám, spontán szex örömteli boldog élményét nyújtsa – éppen úgy, ahogy az fiatalkorában volt.”⁵

³ Vö. Cottle, M.: Love Potion #9.1. Viagra is just the latest weapon in America's battle with Mother Nature, in: *The Washington Monthly* 10 (1998), ill. *Healthy Scepticism NZ* 1 (2000).

⁴ Bass, B. A.: The sexual performance perfection industry and the medicalization of male sexuality, in: *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families* 3 (2002), 337–340. o.

⁵ Bass 2002, 337–340. o.

Az ilyen és az ehhez hasonló reklámok a szexualitásnak olyan meghatározására épülnek, amely – noha közvetlenül nem a biomedicinából származik –, de mindenképpen egybeesik annak felfogásával: „A jó szex az, amikor a férfi behelyezi kőkemény péniszét a nő kellően síkossá vált vaginájába, és megfelelő ideig mozgatja benne. Ideális körülmények között ez addig tart, amíg mind a férfi, mind a nő pontosan ugyanabban az időpontban orgazmust nem él át.”⁶

Ez a vízió olyan követelményeket állít a párok elé, amelyeknek szinte lehetetlen megfelelni. A mércé nem magából az eredeti szexualitásból fakad, és nem abból kap meghatározást, hanem kívülről, a nemiség számára idegen közegből. A szexualitást így egy sajátos „tudományosan” alátámasztott mítosz hatja át, amely szerint „a szex komoly, versengő, feladatorientált – a siker vagy a kudarc »merek« követelményei által meghatározott – teljesítmény. Ez a hit – szemben a szex olyan rugalmasabb meghatározásával, amely az élmény előre megjósolhatatlan, ellazító, örömteli és intim természetét hangsúlyozza – valószínűleg rossz szexuális közérzetet eredményez.”⁷

Abban a pillanatban, amint a párok nem külső, pusztán fizikai-működésbeli definíciókra alapozzák kapcsolatukat és annak értékelését – mindenekelőtt nem teljesítményként fogják fel azt –, azonnal megváltozik saját szerepük megítélése is. Ha a kapcsolat belülről vezérelt, és a férfiak nem külső szakértők generalizált és előre lefektetett meghatározásait és előírásait tekintik mércének, hanem társuk és saját maguk intim élményét veszik alapul, akkor az erekciós zavar epidémiás jellege visszaszorul.

Különös jelentősége van az életkori szempontnak e probléma nagymértékű elterjedtségében, hiszen többnyire a hatvanas-hetvenes éveikben járó emberek szenvednek e betegségtől. Kínzó problémaként ez csak abban a társadalomban jelenhet meg, amely magát az öregedést sem tekinti egészséges folyamatnak, hanem egyfajta betegségghalmazt lát benne; ahol bizonyos funkciók lecsökkenése, intenzitásának visszaszorulása nem természetes tendenciaként jelenik meg, hanem a leküzdendő, felszámolandó betegségek számát szaporítja; ahol öregnek lenni – annak minden sajátosságával

⁶ Bass 2002, 337–340. o.

⁷ Bass 2002, 337–340. o.

és külső jelével – önmagában is kisebbséget jelent; ahol az öregség stigma.

Egy adoma jól jelzi a mesterségesen keltett és a korral természetesen velejáró szükségletek konfliktusát: Egy idősebb úr belép a patikába, és Viagrát kér. Majd hozzát teszi, hogy vágják négyfelé a tablettákat. A patikus azt válaszolja, hogy az nem lesz jó, mert így nem fog hatni. Erre jön a válasz: „Én már nyolcvan elmúltam, engem a szex nem érdekel, viszont szeretném, ha egy kicsit jobban kiállna, hogy ne vizelem le a cipőmet.”

Az erekciós zavar epidémiája kiváló példája a kulturális milió és a medicina – nevezze bár ez esetben passzívnak – együttműködésnek, amelynek következtében sikerült növelni a betegek számát. Ez természetesen maga után vonja az orvosi és medikális-ipari beavatkozás sürgető igényét.

A francia Nemzeti Konzultatív Etikai Bizottság (CCNE) a következőkben összegezte a Viagra-jelenség által felvetett problémákat:

„Egy patológia, az erekciós zavar megalkotása azon az alapon, hogy a gyógyszer létezik. A kockázat abban van, hogy figyelmen kívül hagyják a szimbolikus és környezeti tényezőket, valamint a szexuális partnert.

A szexualitás reduktív regresszió révén, kizárólag az erekciós funkcióra való korlátozása. Ez összekeverheti a vágy diszfunkcióját és a mechanikus funkcionális zavart.

A teljesítmény hajszolásának bátorítása – ahogy az már látható a kimerítő szexuális aktivitás bizonyos eseteiben –, sőt, függőség az elvesztett és újra megtalált identitás hamis ígéretétől.”⁸

Így áll elő az a férfi, aki nem akar mást, csak azt, hogy a szeressek és szeressenek ódivatú igénye helyett a sokkal korszerűbb „vágyat” fogalmazza meg:

⁸ *The medicalisation of sexuality: the case of Viagra. Reply to the Secretary of State for Health, 1999, www.ccne-ethique.fr/docs/en/avis062.pdf.*

„Nem akarok sokat. Csak olyan péniszt, amely engedelmeskedik az
»Állj fel!« parancsoknak.”⁹

A teljesítmény elve ezúttal idegen területre terjesztette ki fennhatóságát és – medikális metaforával élve – fertőzésének következménye a szexualitás komplexitásának és sokszínűségének „vegetatív lényé” rombolása, amelyet csak mesterséges eszközökkel lehet élőnek hazudni.¹⁰

A kérdés az, akarunk-e (utódainkat is beleértve) olyan társadalomban élni, amely életnyilvánításainkat pusztán „test-mechanikává” degradálja, és egyéniségünket főként fogyasztói egységekként tartja társadalmi létre érdemesnek? Továbbá: jót tesz-e egészségünknek, ha medicinánkat egészségünk felszámolásának egyik eszközeként működtetjük? Nem lenne-e jobbat az orvoslás hosszú távú érdekeinek, ha képviselői ezúttal a rövid távú sikerek begyűjtése helyett – a medicina hagyományos ethoszát szem előtt tartva – egy kis önmegtartóztatást gyakorolnának?

⁹ Bass 2002, 337–340. o. Vö. „Az »állj fel!« a férfi szexualitás lényege. [...] az erigált pénisz az »egészséges« férfi szexualitás jele.” Potts, A.: The essence of hard on. Hegemonic masculinity and the cultural construction of „erectile dysfunction”, in: *Men and Masculinities* 1 (2000), 85–103. o.

¹⁰ Vö. „Általában a pszichológiai vagy interperszonális megközelítést az erekciós zavar fokozódó »medikalizációjával« szemben viszonylagosan elhanyagolják.” Rosen, R. C.: Erectile dysfunction: The medicalization of male sexuality, in: *Clinical Psychology Review* 6 (1996), 497–519. o.

A NŐI TEST MEDIKALIZÁCIÓJA 1.

Nőnek lenni betegség¹

A viktoriánus éra „nőkérdése”

Otto Weininger híres és hírhedt művében, a *Nem és jellemben* a következőképpen foglalja össze a nő jelentőségét az univerzumban: „A nőknek nincs egzisztenciájuk és nincs esszenciájuk; ők nincsenek, ők semmik. Az emberiség férfiként vagy nőként jelenik meg, valamiként vagy semmiként. [...] A nőnek nincs viszonya az ideához, sem nem állítja, sem nem tagadja azt; sem nem morális, sem nem antimorális; matematikai nyelven szólva, a nőnek nincs jele; a nő céltalan, sem nem jó, sem nem rossz, nem angyal és nem ördög [...] a nő éppen annyira nem morális, mint ahogy nem logikus. De minden egzisztencia morális és logikus egzisztencia. Így a nőnek nincs egzisztenciája.”² „A nőknek valóságosan és igazán és spontán módon abba kell hagyniuk a koituszt: Ez kétségtelenül azt jelenti, hogy a nő, mint nő el kell, hogy tűnjön, és amíg ez nem megy végbe, nincs lehetőség Isten királyságának megalapítására a földön.”³ Ha valaki először találkozik a maga korában „szupersztár”, de tragikus sorsú gondolkodónak ezen alapvetéseivel, akkor azt hiheti, hogy itt valami nőgyűlölő vallási megszállott szélsőséges, tehát nem reprezentatív nézeteivel találkozunk. Erre pedig manapság minek szót vesztegetni? Csakhogy, Weininger ugyan hadilábon állt a nőiséggel, de ebbéli nézeteiben nemcsak a korabeli intelligencia osz-

¹ „A bölcs öreg orvos korántsem hibázott ítéletében: »Mi a nő? Betegség, mondja Hippokratész.«” Storer, H.: *The causation, course, and treatment of reflex insanity in women*, New York, 1972, 152. o. Idézi: Poovey, M.: „Scenes of an indelicate character”: the medical „treatment” of victorian women, in: Gallagher, C. és Laqueur, T. (szerk.): *The making of modern body. Sexuality and society in the nineteenth century*, Berkeley–Los Angeles–London, 1987, 163. o.

² Weininger, O.: *Sex and character*, London–New York, 1906, 174. o.

³ Weininger 1906, 209. o.

tozott, hanem az igazság iránti elkötelezettségben kiemelkedő szerepet vállaló tudományos közösség is. Ha kritizálták is filozófusunkat, akkor azt gondolkodásának szélsőséges hajtásai miatt tették, és nem alapvető irányultsága miatt. Vallási megszállottságról pedig szó sincs. A nőiség megszűnésének követelménye mint a nyugati kultúra válságából való kilábalásának egyik döntő mozzanata fogalmazódik meg. Olyanféle „kellésként”, amely orientálja a gondolkodó férfi cselekedeteit, de amely egyben a reménytelenséget is magában foglalja. A nő a kulturális felemelkedés akadályja, de miképpen lehet ezt az akadályt leküzdeni? A nőknek fel kell adniuk szexualitásukat, amellyel a szexualitás a maga egészében megszűnik. Ez olyan utópia, amelynek realizálására Weininger öngyilkossága „méltóképpen” világított rá.

Tévednénk azonban, ha azt hinnénk, hogy Weininger filozófiai, rendszerigényű reflexiója a „nőkérdésre” elintézhető azzal, hogy csak egy „elborult agyú” filozófus lázálmainról van szó: mi közünk ehhez? Mint arra utaltam, szerzőnk nézetei alapjaiban és a felhasznált tudást illetően egyáltalán nem rendkívüliek. Sőt, inkább azt mondhatnánk, hogy a maga korában közhelyszerűek. Olyan nézetek ezek, amelyeket egyetemeken tanítottak, mint olyanokat, amelyeket az „elfogulatlan, objektív és módszeres” tudományosság feltárt és igazolt.

A problematikus nem

Azt hihetnénk, hogy a női nem mindig is így volt problematikus. De valójában azt mondhatjuk, hogy az egyetlen hasonlóság a tradicionális és a modern nőiségre vonatkozó felfogás között az, hogy mindkettő valamilyen módon alacsonyabb rendűnek tekintette a nőt a férfínál. Ezenkívül azonban szinte minden hasonlóság megszűnik, és kezdődnek a különbségek. A modern medicina előtti uralkodó hippokratészi–galénoszi hagyomány is alacsonyabb rendűnek fogta fel a nőt, de ez az azonos minőségben belüli mennyiségi eltérésre alapozódott; a metafizikai tökéletesség fokában különböztek, az élet hőjében való részesedésben. Azért lehettek például a férfi nemi szervek a testen kívül, mert a férfi hő elegendő volt működésükhöz, de a női nemi szerveknek a testen belül volt a helyük, hogy a női test

kevesebb hője elegendő legyen működésükhöz. A női szervek a férfi szervek homologonjai, csak fordított elhelyezkedésben. Szemben a későbbi viktoriánus felfogással, az orgazmus nemhogy mellékes, sőt, felesleges kísérője lett volna a koitusznak, hanem egyenesen a teherbe és *sine qua non*-ja; az orgazmus fűtötte fel ugyanis a női testet arra a hőre, ahol a két mag egyesülhetett a megtermékenyülés reményével.⁴ A nő tehát ebben a felfogásban ugyanolyan, mint a férfi, csak kevésbé tökéletes.

A XVIII. század végén – a modern természettudományok és a tudományos medicina felemelkedésével párhuzamosan – ez a tradicionális férfi-nő viszony radikális átalakuláson ment keresztül, amelynek eredménye a nemek közötti, immár horizontális szembenállás, a köztük lévő minőségi különbség kinyilvánítása.

„...A nők inherensen különböztek a férfiktól anatómiájukban, fiziológiájukban, temperamentumukban és intellektusukban. A faj evolúciós fejlődésében a nők éppen úgy lemaradtak a férfiak mögött, ahogy a »primitív emberek« lemaradtak az európaiak mögött. Még felnőttkorukban is mind testükben, mind lelkükben gyermekek maradtak, sohasem fejlesztettek ki olyan jellegzetességeket, mint a szakáll, amely megkülönbözteti a férfiakat a fiúktól. A nő megrekedt fejlődésének oka az a követelmény, hogy energiáit a fajfenntartásra tartalékolja; a nő megrövidített érésben szenved, de a faj nyer ezáltal. A nő gyengesége valójában erőt jelent: a darwini szexuális kiválasztás a nemek közötti fizikai és magatartásbeli különbségeket a párválasztás szempontjából előnyösnek fogta fel. Így a nők törékenyen váltak vonzóvá, míg a férfiak izmosnak és erősnek fejlődtek ki. Mindegyik nem azt szereti a másikban, amit nem talál meg önmagában. Ebből az következik, hogy a nők sohasem várhatják azt, hogy majd egyszer felnőnek a férfiak intellektuális és művészi eredményeihez, de nem várhatják azt sem, hogy egyenlően osztoznak velük a hatalomban és a tekintélyben. A természet másodlagos szerepre rendeltette a nőket. A munkamegosz-

⁴ Vö. Laqueur, T.: *Orgasm, generation, and the politics of reproductive biology*, in: Gallagher és Laqueur (szerk.) 1987, 4–5. o.

tás nagy elve így jelenik meg: a férfiak produkálnak, a nők reprodukálnak. Ezt hívták komplementaritásnak.”⁵

Így válaszolták meg a születő liberális társadalomnak azt a dilemmáját, hogyan lehet egyszerre az egyének születéstől fogva meglévő szabadságát és egyenlőségét posztulálni, ugyanakkor elméletileg is megalapozni és fenntartani a társadalomban meglévő nemek közötti hierarchiát, a maskulin dominanciát. De egy ehhez nagyon hasonló dilemma is megoldásért kiáltott: Hogyan lehet fenntartani a társadalom stabilitását és erkölcsi rendjét a darwini „kopernikuszi” fordulat után? Ha az ember helyét többé nem e teremtés jelöli ki, akkor mi támasztja alá a társadalmi struktúra épp-így-létét?⁶

A medicina mint főszereplő

A kortársak a korabeli élettudományokhoz fordultak válaszáért,⁷ azok pedig bizonyítottnak látták, immár nem metafizikai, hanem biológiai alapokon, hogy a nő minőségileg más, és alacsonyabb rendű, mint a férfi; mintegy a hiányzó láncszem az állat és a (fehér) férfi között. Ez egyben garanciának is tűnt, hogy a *par excellence* ember ne kerüljön a majom közelébe.

⁵ Russett, C. E.: *Sexual science. The victorian construction of womanhood*, Cambridge–London, 1989, 11–12. o.

⁶ Vö. „Ha az emberi lények többé nem tarthatnak igényt az olyan különleges teremtmény státusára, amely csak kissé alacsonyabb rendű az angyaloknál, akkor a kiválóság emberi hierarchiája sokkal szükségesebb, mint valaha is volt. A nők és az alacsonyabb fajok a viktoriánus úriemberek és a vadak túlságosan fenyegető közelsége közötti ütközőül szolgálnak.” Russett 1989, 14. o. Továbbá: „A kulturális bizonytalanság időszakaiban, amikor a visszaeséstől és a degenerálódástól való félelem uralkodik, akkor a nem, a faj, az osztály és a nemzetiség meghatározása körüli világos határok ellenőrzése iránti vágy különösen erőteljessé válik. Ha a különböző fajokat a saját helyükön lehet tartani, ha a különböző osztályokat a nekik megfelelő városrészbe lehet elhelyezni, és ha a férfiak és a nők a nekik megfelelő szférákhoz vannak rögzítve, akkor sokan azt remélik, hogy az apokalipszist meg lehet előzni, és megnyugtató identitásérzést és folyamatoságot örízhetünk meg a millenniumi változás nyugtalan kísértetével szemben.” Showalter, E.: *Sexual anarchy*, London, 1992, 4. o.

⁷ Vö. „A tudományos fejlemények [...] nem döntötték meg a hierarchikus modellt, amely a női testet a férfi kisebb, befordított verziójaként alkotta meg, és a női orgazmust sem száműzte a fiziológiai perifériára. Inkább a XVIII. századi politikai, gazdasági és kultu-

A kultúra-természet nagy dichotómiája ennek következtében közvetlenül nem az ember-állat kettősségében fogalmazódik meg, hanem az embert mint kultúrateremtőt saját faján belül fenyegeti a regresszió veszélye, amelynek megtestesítője a nő; a zabolátlan természetit pedig a szexualitás foglalja egybe. A szexualitás az a kitüntetett sajátossága a nőnek, amely elengedhetetlen feltétele a faj újratermelésének, és ebben az értelemben a nő az emberi nem természeti alapzata. Ugyanakkor – e felfogásban – az ember megkülönböztető jegye eszes lény mivolta. E jellegzetesség azonban kizárólag a (fehér) férfi sajátja, a nő negatív megkülönböztető jegye éppen az, hogy lényege szerint érzelmi és nem intellektuális lény. „Az isteni és örök természeti rend feltárja, hogy a női nem képtelen a tudás művelésére, és ez különösen igaz a természettudományok és a medicina területén.”⁸ A nőnek ez a biológiai, anatómiai, evolúciós értelemben vett, az állat és az „igazi” ember között elfoglalt helye azt jelenti, hogy a kultúrát pusztulással, hanyatlással fenyegető természeti princípium a nőben megtestesülve állandóan jelen van a férfi által teremtett és fejlesztett kultúrában. A nő tehát biológiai értelemben konstruktív, de kulturális értelemben potenciálisan destruktív.

„A nők és a vadak, az idiótákkal, a bűnözőkkel, a patológiás szörnyetegekkel együtt állandó szorongásforrást jelentettek a késő XIX. századi férfi értelmiségiek számára.”⁹

rális átalakulások olyan kontextust teremtettek, amelyben a nemek közötti radikális különbségek megfogalmazása kulturálisan parancsolóvá vált. Egy olyan világban, amelyben a tudományt egyre inkább úgy tekintették, mint ami betekintést nyújt a teremtés alapvető igazságaiba, amelyben a természet, ahogy az a csontok és szervek megtámadhatatlan valóságában manifesztálódik, az erkölcsi rend egyetlen alapja, a biológiai inkompenzabilitás olyan eszközzé vált, amelynek révén ezeket a különbségeket hitelesen lehet bemutatni. A nők nyilvános és magánszerepeit illető új állítások és ellenállítások ily módon a férfiakétól különböző testük természetének kérdésein keresztül mérközhettek meg egymással.” Laqueur 1987, 35. o.

⁸ Idézi Schiebinger, L.: *Skeletons in the closet: the first illustrations of a female skeleton in eighteenth-century anatomy*, in: Gallagher és Laqueur (szerk.) 1987, 67. o.

⁹ Russett 1989, 72. o.

A női test feltöltve és „megverten” a szexualitás irracionális szenvedélyével olyan esendő – ön- és közveszélyes – organizmusnak látszott, amelyet az emberi faj, és az azt felemelő és üdvözítő nyugati kultúra védelmében az ész kontrollja, felügyelete alá kell helyezni. Erre magától értetődően a sikeres élettudományok vezérelte, a test ismeretében legjártasabb szakma, a medicina kapott felhatalmazást. A női test veszélyekkel teli, tehát kordában kell tartani! Ebben a konstellációban a nő nemcsak alkatából fakadóan, evolúciós elmaradottsága folytán lesz a medikális felügyelet „tárgya”, de bele sem szólhat a róla folytatott férfias monológba. Intellektuális, észbeli gyengesége ugyanis nem teszi alkalmassá a tudományos diskurzusban való részvételre. A weiningeri „semmi” és a medikális „betegség” ugyanannak a nőre vonatkozó kulturális attitűdnek a metafizikai és a tudományos aspektusát fogalmazzák meg. A semmi fenyegető ürje kap gyakorlatilag, technikailag kezelhetőnek, uralhatónak látszó meghatározást a betegség kategóriájában.

Nőnek lenni ezzel medikális problémává vált, betegséggé, amelyet kezelni kell.

A NŐI TEST MEDIKALIZÁCIÓJA 2.

A női lélek „összecsomózódása”

„Sokat tettünk azért, hogy irányításunk alá vonjuk a test birodalmát. Mivel valójában mindenekelőtt az emberi test az ellenségünk. Tele van az ész és a rend elleni kiszámíthatatlan kitörések veszélyével, torz kinövésekkel, majd szétfeszíti a környezete és maga elleni szüntelen értelmetlen túlkapás...”¹

Ez a XVIII. század végének felfogását tükröző irodalmi hely világosan kijelöli a modernitás orvoslásra vonatkozó programját. Az ésszerűségnek uralma alá kell hajtania a testet és vele együtt az emberi magatartást. A XIX. században – ahogy ezt sorozatunk előző részében láttuk – ez a program úgy módosul, hogy az emberi test egy erőteljes folyamatban szexualizálódik, előtérbe kerül a nemiség mint különösen fontos sajátosság. Ez alapján pedig a (fehér) emberiséget két radikálisan különböző, de egymásra utalt testfajta alkotja. Ezek közül a férfi test az etalont jelenti, a női pedig magára ölti azt a fenyegető jelleget, amelyet a fenti idézet még általánosan az emberi testekre vonatkozóan fogalmaz meg. Ezzel párhuzamosan az is kiderül, hogy a női testtel – evolúciós alacsonyabbrendűsége mellett – az a legfőbb baj, hogy nem kormányozza ésszerű lélek. Nincs tudása önmagáról, ezért „a tudás hatalom” képletben nem is alkalmas a tudás regulatív funkcióját önmagára alkalmazni, saját testét racionális működésre kényszeríteni. Ezt a tudást a férfinak kell a nő számára megtermelni és egyben a női test megbabolázására alkalmazni. A szexualitás uralta női test „önveszélyes” jellege hamarosan „igazolást nyer” egy, a közép- és felsőbb osztálybéli nőket sújtó betegségben, amely a nagyvárosokban endémiaszerű szorításában tartja a köztisztelőben álló családok hölgy tagjait, és amely komoly kihívást jelent a korabeli medicina számára. Olyan változatos, oly-

¹ Sloterdijk, P.: *A varázsfa. A pszichoanalízis kialakulása az 1785-ös évben. Epikus kísérlet a pszichológia filozófiájára*, Budapest, 1995, 180. o.

kor hihetetlennek látszó testi tüneteket okoz, amelyek mögött nincs kimutatható testi patológiás elváltozás.² A hisztéria – mert hiszen erről van szó – az a „határkór” az orvosi szakma számára, amely azzal kecsegtet, hogy megfejtése, okainak kifürkészése és gyógyítása betekintést enged magába a nőiség lényegébe. Ugyanakkor a medicina szakadatlan kudarcaiknak területe is, ahol a sikeresen előrenyomuló módszeres racionalitás uralma megtörik a nőiség rejtélyén.³

A hisztéria „klasszikusnak” számító betegség, amellyel már Hippokratész is foglalkozott, és közismert Platón leírása a „vándorló anyaméhről”, amely – a korabeli felfogás szerint – kielégületlensége folytán „végső szorultságba juttat”.⁴ A görögök tehát a kielégületlen Éroszhoz kötik ezt a kórt, és a házasságot ajánlják gyógyírként. A középkorban a hisztéria elveszíti a nemiséghez való szoros kötődését és a démonikus megszállás lesz az okozója.

A modern medicinával való találkozása első látásra visszautalja a hisztériát a nemiséghez, de szemben a klasszikus görög felfogással, nem egy funkció zavarára vezetnek vissza, hanem úgy fogják fel, hogy a nőiség általános konstitúciója maga a hisztéria.⁵ Nőnek lenni egyenlő a hisztériás predispozícióval: „...a XIX. századi nőktől elvárták, hogy mind fizikálisan, mind emocionálisan kifinomultak és sérülékenyek legyenek. A feminitásnak ez a konstrukciója jelenik meg a hisztériára való hajlamban.”⁶

² Ilyen tünetek: görcsök, bénulások, érzéketlenség, hallucináció, vakság, sükettség, fulladás, köhögés, hangképzési zavar, főbiák, öngyilkossági készletések, fejfájás, anyanyelv beszédbeli és írásbeli elfelejtése, víziszony, ivási képtelenség, kettős látás stb.

³ Vö. „Hosszú orvosi története folyamán a hisztéria – amely híresen rugalmas, organikus sérülés nélküli szomatikus betegség – makacsul kizárt minden pontos meghatározást, és így hasznos képernyőnek bizonyult, amelyre az orvosok – saját impotenciájuk és esetlenségük által kényszerítve – diagnosztikus fantáziáikat kivetítették.” Bronfen, E.: *The knotted subject. Hysteria and its discontents*, New Jersey–Princeton, 1998, 11. o.

⁴ Vö. Platón: Timaios, in: *Platón összes művei*, 3. kötet, Budapest, 1984, 408. o.

⁵ „Az új doktorok is azt hitték, hogy a hisztéria a testből ered, de nem csak az egyik részből; a női test totalitása, szubsztanciájában és viselkedésében, részt vesz a betegségben.” Ender, E.: *Sexing the mind. Nineteenth-century fictions of hysteria*, Ithaca–London, 1995, 30. o.

⁶ Bronfen 1998, 115. o.

A „hisztéria egyenlő a női természettel”⁷ tézisben összefoglalt uralkodó felfogására vet fényt az a történet, hogy amikor Freud férfi hisztériásokat keresett a kórházakban, akkor az egyik sebész a férfi mivolt és a hisztéria összeegyeztethetlensége mellett „érvelt”. Szerinte Freud argumentuma azért is alapvetően téves, mert a hisztéria a görög anyaméh szóból származik, ez pedig definíció szerint kizárja a férfiakat.⁸

A hisztéria nagy ellentmondása az azt meghódítani induló korabeli medicina számára az volt, hogy „a nő medikális kontrollra feljogosító instabilitása mindig egyben túl is lépett ezen a kontrollon”.⁹

Az orvosok sohasem voltak képesek univerzális és viszonylag állandó, konszenzusos definíciót adni a hisztériára. Ez is arra utal, hogy a hisztéria kérdése – noha megpróbálták a többi medikális problémához hasonlóként megfogalmazni – ellenállt a „Mi a hisztéria önmagában véve?” kérdésnek. A vele kapcsolatos diskurzus ugyanis arra utal, hogy inkább a „Mi a hisztéria a férfi orvos számára?” vagy tágabban „Mi a hisztéria a férfiak számára?”, azaz „Mi a nő a férfiak számára?” asszociációs sor logikáját követi. A hisztéria ebben a biomedikális horizontnál jóval szélesebb kulturális kontextusban konstruálódik. Nem csoda hát, ha a biomedicina egzaktásra törekvő tekintete nem képes a maga nyelvén megfogalmazni a hisztériáról való tudását; hogy ez a tudás sohasem bizonyul – még ideiglenesen sem – elégségesnek. Alapvető feszültség van abban, hogy egyrészt betegséggént definiálják, mint bármilyen más testi szenvedést, de ugyanakkor a medicina képtelen már a definíció szintjén is kontroll alá vonni, mert az mindig elsziklik a medikális tekintet elől.

A hisztériával kapcsolatos uralkodó medikalizációs megközelítés mellett már akkor is megjelentek ennek alternatívái is. Nietzsche például határozottan kiemeli a hisztériát a medikális diskurzus keretei közül:

⁷ Vö. „Így a női testben az érzetek azonnal tünetekké konvertálódnak, és a hisztéria nem más, mint a nőiség élményének fokozódása. Ha a nő nagyon érzékeny, és ha a hisztéria a nagyfokú érzékenység formája, akkor a hisztéria nem más, mint nőnek lenni.” Ender 1995, 46–47. o.

⁸ Vö. Jones, E.: *Sigmund Freud élete és munkássága*, Budapest, 1973, 212. o.

⁹ Poovey, M.: „Scenes of an indelicate character”: the medical „treatment” of victorian women, in: Gallagher, C. és Laqueur, T. (szerk.): *The making of modern body. Sexuality and society in the nineteenth century*, Berkeley–Los Angeles–London, 1987, 155. o.

„Van valami egészen meglepő és szörnyű az előkelő nők nevelésében, sőt, talán nincs ellentmondásosabb ennél. Mindenki egyetért abban, hogy *in eroticis* [a szerelem dolgában – *a ford.*] a lehető legnagyobb tudatlanságban kell nevelni őket, mélységes szemérmet elültetve lelkükben e kérdésekkel kapcsolatban, valamint azt, hogy pillanatára se túrják, sőt, meneküljenek el, mihelyt ilyesmire utalnak előttük. [...] Ám e téren szívük mélyéig tudatlannak kell maradniuk. [...] Pedig, pedig! Mihelyt mintegy a villámcsapás kíméletlen erejével és hirtelenségével a valóságba és a tudásba vetetnek, vagyis a házasság pillanatában – ráadásul éppen az veti oda őket, amit a legjobban szeretnek és sokra becsülnek: rajtuk üt a szerelem és a szemérem ellentmondása, hiszen egyszerre kell átélniük elragadtatást, kiszolgáltatottságot, kötelességet, együttérzést és az Isten és állatiasság váratlan szomszéd-ságától való rémületet, meg a jó ég tudja, még mi mindent! – Itt a lélek úgy összecsomózik, hogy nemigen látni párját!”¹⁰

Nyilvánvaló, hogy ez a – mondjuk így – demedikalizáló megközelítés nem az inherens női konstitúcióhoz köti a hisztériát, hanem a kultúra által definiált társadalmi szerepre adott válaszként; nem a normális környezet kihívásaira adott beteges reakcióként, hanem adekvát, a lehetetlen, léleknyomorító követelményekre, elvárásokra adott normális feleletként. Így természetesen a szenvedés, a patológia és ezek alanya elválnak egymástól: a hisztériás szenvedés alanya inkább egy társadalmi „patológia” hordozója, mint biomedikális értelemben vett testi abnormalitás elszenvetője lesz.

Ebből következően tűnik fel betegségként, de túl is lép – éppen metaforikus üzenete miatt – az orvosi kompetencián. „A hisztéria nem a hallgatásba kényszerített nők lázadásának megnyilvánulása, hanem inkább a vereség kihirdetése, annak a beismerése, hogy nincs más menekvés. A hisztéria [...] segélykiáltás a vereség bekövetkezése után, amikor a nő már látja, hogy női szerepéhez méltóan száját végleg elnémították, testét pedig leláncolták.”¹¹ A női test és magatartás hisztéria révén való medikalizációja

¹⁰ Nietzsche, F.: *A vidám tudomány*, Budapest, 1997, 99. o.

¹¹ Moi, T.: Férfuralom: szexualitás és epiztemológia Freud Dórájában, in: *Thalassa* 1 (1996), 21–36. o.

nem enyhíti, ellenkezőleg, fokozza azokat a „betegségi tüneteket”, amelyeket az ezek által sújtott nők elviselni kénytelenek, ráadásul még a megoldás hamis reményével is kecsegtet. A medicina ebben az összefüggésben maga is hisztériás szerepben van, mert mást mutat, másnak látszik, mint valódi küldetése. Látszólag a hisztéria felszámolására hivatott – hiszen az betegség. De egyben annak a kontrollapparátusnak a felkent „élcsapata” is, amelyet a női test, egyáltalában, a nőiség megfékezésére működtet a viktoriánus társadalom; és mint ilyen, maga is a hisztéria mint életforma újratermelője és fenntartója.

A hisztéria a medikalizáló és a demedikalizáló megoldáskísérletek mellett – egy kulturális-hisztériás folyamatban – kitermeli azt a terápiás praxist, amely illeszkedni látszik mind a medikális diskurzushoz, mind a hisztériás feminitás emancipációjához és saját nyelven való megszólalásra vonatkozó igényéhez. Sigmund Freud az általa bevezetett pszichoanalízist eleinte kizárólag medikális terápiaként működtette, ráadásul tudományos ideológiával. Azonban több olyan fontos mozzanatot tett meg módszere lényegi elemeinek, amelyek erőteljesen és lényegileg eltértek a modern medicina metodológiájától. Ezek között talán a három legfontosabb: Noha használta a medicina diagnosztikus-terápiás nyelvezetét, az általános természeti okokkal szemben inkább az egyéni élettörténetre helyezte a hangsúlyt. A megfigyelést középpontba állító tudományos medicinával szemben az (oda)hallást, a páciens narratívájának meghallgatását tette meg egyik módszertani alapelvűül. Így a távolságtartó, objektivitásra, eltárgyasításra törekvő, kívülről megfigyelőből a páciens élettörténetébe bevonódó szereplő, résztvevő vált. Végül, a pszichoanalitikus módszer nem a „Hogyan működik?” kérdését helyezi előtérbe – szemben a modern természettudományokkal –, hanem a tünetek, a beszéd értelmére kérdez rá. Ebben az összefüggésben a betegség nem okilag összekapcsolt természeti folyamatok eredménye lesz csupán, hanem az élettörténet (potenciálisan) értelmes része. Így a betegség tünete az adott pillanatban tudatosan, verbálisan nem megfogalmazott, de értelmesen megalkotható szöveggé értelmeződik át. A hisztériás roham ekképpen nem(csak) lehetséges idegrendszeri patológiai manifesztáció lesz, hanem testbeszéd, mint a balett vagy a pantomim, amelyek történetet mondanak el.

„A pszichoanalízis a hisztériás nő és a tudomány pozitivista férfiája közötti találkozásban született meg.”¹² Ezért maga is kétarcú: a nőiség modern medikalizációjának résztvevője, de egyben a hisztériával kapcsolatos emancipatorikus törekvések pártolója is. A női test medikalizációs folyamatainak intézményes szereplője, de a medikalizáció kritikájának is egyik legfontosabb narratíváját kínálja.

Nem is csoda, hogy a medicina birodalmában osztozik a nő sorsával.

¹² Moi, T.: Patriarchal thought and the drive for knowledge, in: Brennan, T. (szerk.): *Between feminism and psychoanalysis*, London–New York, 1990, 196. o.

AGGÁLYOSKODÁS ÉS „EGÉSZSÉGIZMUS”

Ahogy a bevezetőben említettük James La Fanu *A modern medicina fel-emelkedése és hanyatlása* című könyvét, mint a medicinán belüli és azt övező késő modern bizonytalanság egyik tipikus és alapos megnyilvánulását. Ebben a művében a szerző a modern medicina négy olyan paradoxonát említi, amelyek a leginkább hozzájárultak „kétségbeeséséhez”. Az egyik ezek közül a „gondterhelt egészség” nevet viseli. „A modern medicina jótéteményeinek a betegségtől és végső soron a haláltól való félelem csökkentésében azt kellene jelentenie, hogy az emberek most kevésbé aggódnak egészségükért, mint a múltban. De a trend újra csak ellenkezője annak, mint amit elvárnánk. A népességnek az az aránya, amely azt állítja, hogy »aggódik egészségéért« az elmúlt harminc évben közvetlen párhuzamban emelkedett a »sajnálkozó« orvosok számának növekedésével – tíz-ből egyről egy a kettőbőlre.”

Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a medikalizáció ösztársadalmi játszma. Ami azt jelenti, hogy noha a medicina és annak intézményrendszere látszik a játszmát szervező aktív erőnek, és a társadalom, a betegek, az egészségipar fogyasztói pusztán passzív befogadóinak, élvezőinek, olykor elszenvedőinek tűnnek fel a medikális attitűd ellenállhatatlan térhódításának, mindazonáltal nem szabad elfelejtenünk, hogy a medicina helyét összkulturális tényezők jelölik ki. Hivatásának, értékeinek meghatározása egy sajátos, és gyakran magától értetődő, nem reflektált, és így nem is feltűnő alkufolyamatban történik, amelyben a vevő és az eladó szempontjai eredetileg sem estek túl távol egymástól. A medicina nem képes portékáját a társadalomra erőltetni, ha az nem éppen ilyesmit keres a piacon. Csak azt a társadalmat, kultúrát lehet medikalizálni, amelynek nincsenek igazi alternatívái morális, életvezetési gondjainak megoldására, mint testének egyre szorosabb ellenőrzés alá vonása, és szorongással teli vágyai szerinti átalakítása. Ha a test a jó és a rossz, a kulturális és természeti, a maszkulin és

feminin, a racionális és irracionális, egyszóval a társadalmi-kulturális ellentétek csataterévé válik, ráadásul úgy, hogy az alternatív harcmezőik szinte teljesen elfogynak, akkor nem csoda, hogy a medicina olyan helyzetbe kerül, amikor egyszerre tudósít a veszélyekről, az ellenség csapatmozgásairól, és kínálja fel a sikeres küzdelem megvívását szolgáló eszközöket.

A medikalizáció a modern kockázati kultúra intézményes attitűdjeinek egyik legfontosabbika. Egyszerre látszik csökkenteni korábbi egészségkockázatokat, számol fel betegségeket, ugyanakkor megnevez számos újat, és figyelmeztet a mindenütt jelen lévő veszélyre.¹ Egy sajátos mozgalom növekszik fel, az „egészségizmus”, amely szinte az összes érzéki élvezetet veszélyforrásként jelöli meg. Az „élni veszélyes” hagyományos, jól ismert bölcsességének mosolyt fakasztó, pillanatnyi felüdülést keltő hatása radikálisan megváltozik azzal, hogy „operacionalizálódik”; olyan részüzenekekre esik szét, amelyek mintegy konkretizálják az élet általános veszélyességét, és ebben az új megsokszorozódott kiadásában már az a bizonyos mosoly is az arcunkra fagy. Világossá, szinte láthatóvá válnak a rettegett halálhoz vezető utak, amelyeket a „*bonmot*-ban” még köd takar. A veszély kézzel foghatóvá válik és beférkőzik életünk szinte minden történéseibe – nem lehet előle elbújni.

„Állandóan az egészséggel kapcsolatos üzenetekkel bombáznak bennünket, amelyek megváltoztatják az egészségről és a betegségről vallott felfogásunkat, elmélyítik a magunkra és a testünkre vonatkozó aggályainkat: »Vajon beteg vagyok, tekintettel arra, hogy ugyanolyan tüneteim vannak, mint amelyeket az újság orvosi rovatában leírtak?« »Törődjek a bőrömmel úgy, ahogy a szakértő a televízióban mondta? Miért nem gondoltam korábban az étrendem javítására?« Az öngyógyszerelés ellenőrzést nyújt számunkra a bizonytalanság örökké növekvő területe felett, ahol csak a szakértők tanácsaira támaszkodhatunk. Természetesen nem vagyunk tudatában annak, hogy nagyon gyakran ugyanezek a szakértők azok, akik zavarodottságunk okaiért elsősor-

¹ „Az egészségért azért aggódnak, mert ismétlődően és konzisztensen az embereknek azt a hitét erősítik, hogy az életüket rejtett veszélyek fenyegetik.” La Fanu, J.: *The rise and fall of modern medicine*, New York, 2000.

ban felelősek. Mindez a mindennapi élet széles körű terapeutizációjához vezet, így most még parancsolóbbnak tűnik fel, hogy inkább gyógyítsd az életet, mint éld.”²

A medikalizáció szociálpszichológiájának egyik legfontosabb eszköze a külső fenyegetések belsővé tétele, a büntetéssel való fenyegetés „lelkiismeret-furdalássá” alakítása. A figyelmeztetések nem pusztán a külső valóság részei, amelyektől el lehet fordulni, el lehet menekülni, a televízió, a rádió kikapcsolásával, vagy az újság félretételével, hanem betolakodnak a lelkünk zugaiba, majd belső ellenőrként működnek tovább.

Mondhatnánk erre, hogy a szakértőknek a maguk szempontjából igazuk lehet a saját területükön előforduló veszélyeket illetően. Az egyes szakterületek normalizációs kísérletei azonban olyan hálózattá állnak össze, amelyek szinte csapdába ejtik kultúránk saját életéért aggódó, a haláltól rettegő, tipikusan nárcisztikus személyiségét. Az élet az óvatosságok, illetve az elmulasztott óvatosság miatti lelkiismeret-furdalás, büntudat színterévé válik.

Az aggodalmak hálója mára olyan sűrűn szőtté vált, amelynek szorításában lehetetlen minden jó tanácsnak egyszerre megfelelni. Nem is szólva arról, hogy a jó tanács idővel rossz tanácscsá értékelődik át és fordítva. Nem marad más, mint az életet szinte lappangva átszövő rossz közérzet; az élet általános vezetését átható homályos és differenciálatlan sikertelenségérzés.

„A lényeg [...] nem az, hogy a mindennapi élet önmagában véve kockázatosabb, mint a korábbi időszakok esetében volt. Inkább arról van szó, hogy a modernitás körülményei között mind a laikusok, mind a sajátos – részben kiszámíthatatlan jellegű – területek szakértői számára a kockázatokban és a kockázatok becslésében való gondolkodás többé-kevésbé állandóan jelen lévő gyakorlat. Nem szabad elfelejteni, hogy mindannyian laikusok vagyunk, ha figyelembe vesszük azokat a hatalmas számú szakértői rendszereket, amelyek ráerőszakolják magukat mindennapi tetteinkre. A specialitások szaporodása együtt jár a

² Melucci, A.: *The playing self. Person and meaning in the planetary society*, Cambridge, 1996, 84. o.

modern intézmények fejlődésével, a speciális területek további szűkülése a technikai haladás elkerülhetetlen következményének tűnik fel. Minél több specialitás koncentrálódik, annál kisebb az a terület, amelyen az egyén szakértelemre tarthat igényt; az élet más területein éppen olyan helyzetben lehet, mint bárki más. Még azokon a területeken is, ahol a szakértők között konszenzus van, a modern tudás eltolódó és fejlődő természete miatt, a laikusok gondolkodására és tevékenységére gyakorolt »visszaszűrődő« hatás kétértelmű és bonyolult lesz. A modernitás kockázati klímája mindenkit nyugtalanít; senki sem menekülhet.”³

Ez az alaphelyzet azt a felszólítást foglalja magában, hogy „Vakon bízz a szakértőben!” A medikalizáció ebben a tekintetben is csak ezen általános tendencia egyik „alesetének” számít, mindazonáltal olyan alesetnek, amely nagyon is fontos szerepet játszik a „rossz lelkiismeret” kialakításában. Milyen különösnek, egyenesen „nem eviláginak” tűnik fel G. K. Chestertonnak, a híres konzervatív gondolkodónak XX. század eleji álláspontja az akkor még csak éppen felsejülő tendenciákról:

„Mi köze volna az egészségnek az aggályoskodáshoz? Az egészségnek ahhoz van köze, hogy oda se figyelünk rá. Sajátságos és abnormális esetekben szükséges, hogy odafigyeljünk. Amikor egészségünk különösen megromlik, bizonyára szükségszerűen óvatosnak kell lennünk, és pedig azért, hogy újból egészségesek lehessünk. De még ekkor is csak azért akarunk újból egészségesek lenni, hogy óvatlanok lehessünk. [...] És az emberiségnek meg kell mondanunk, hogy ő maga legyen csak teljesen vigyázatlan. Mert az egészséges embernek valamennyi alapvető tevékenységét határozottan örömmel és az öröm kedvéért kell végeznie; tevékenységét határozottan nem végezheti elővigyázatossággal és az elővigyázatosság kedvéért. Az embernek azért kell ennie, mert van jó étvágya, hogy csillapítsa azt, nem pedig azért, mert van teste, amit fenn kell tartania. Az embernek nem azért kell mozognia,

³ Giddens, A.: *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*, Stanford, 1991, 124. o.

mert túlságosan kövér, hanem azért, mert szereti a vívótórt, a lovakat és a hegyeket – szereti őket önmagukért. [...] Az egészség első törvénye az, hogy szükségleteinket nem szabad szükségleteknek tekintenünk; élvezetként kell tekinteni őket. Legyünk hát elővigyázatosak a kis dolgokkal kapcsolatban, mint aminő egy horzsolás vagy egy enyhébb betegség vagy bármi egyéb, ami törődést igényel. Ám a józan ész nevében engedtessek meg nekünk az elővigyázatlanság a fontos dolgokat illetően, mint amilyen a házasság, különben magának az életnek forrása apad ki bennünk.”⁴

Ha a jócskán előrehaladt medikalizáció kultúráját figyeljük, akkor azt találjuk, hogy az elővigyázatlanság nemhogy nem része az egészségnek, hanem egyenes ellentmondásának, ellenségének tűnik fel. Ma már szinte nem is értjük, hogyan lehet az egészségre így gondolni. A kérdés csak az, hogy tudunk-e olyan felhőtlenül örülni egészségünknek, hosszabb életünknek, mint ahogy az „elővigyázatlanság” korában élők tették. Nem úgy van-e, hogy lelkileg szinte bele vagyunk betegedve nagyobb egészségünkbe; hogy egészségünk beteges?

⁴ Chesterton, G. K.: *Eretnekek*, Budapest, 1991, 47. o.

AZ ORVOSTANHALLGATÓ FEHÉR KÖPENYE ÉS A REJTETT CURRICULUM

„Egy nővér ma tényként közölte velem, hogy »Az orvostan-
hallgatók pusztá semmik.«”¹

Az előbbi mondat egy nemrégiben megjelent könyv *Száll a kakukk fészké-
re* című fejezetéből való. A híres könyvcím ezúttal egy harmadéves ameri-
kai orvostanhallgató naplójában jelenik meg, jelezve Ken Kesey világhírű
regénye és az idézett mű közötti hangulati és gondolati hasonlóságot. A
könyvet publikáló, már végzett orvos a bevezetőben így összegzi hallgatói
élményeinek hatását: „A medicinát a bizalom humanista hivatásának te-
kintettem – segíteni az embereken, törődni velük, gondozni őket, osztozni
sorsukban. De amit találtam az egy olyan szakma, amely még csak nem is
törődik az emberekkel.” Persze lehet erre azt mondani, hogy egy orvostan-
hallgató személyes, talán túlságosan is személyes vallomásáról van szó,
amely éppen ezért nem általánosítható, ezért a képzés egész rendszere szem-
pontjából nem releváns, legfeljebb tovább színezi a képet. A kérdés azon-
ban az, hogy a nyugati orvosképzésnek manapság milyenek a színei? Az
orvosképzésnek a hivatás hagyományaiból fakadóan, valamint az emberi
szenvadás sokokúsága és szerteágazó motiváltsága miatt színes, nyitott, a
perspektívákat változtatni képes, mind technikai, mind humanisztikus tu-
dásában érett orvosokat kell „megtermelnie”.

Félő azonban, hogy az a kép, amely az angolszász irodalomban a kor-
társ orvosképzésről kibontakozik, nincs ellentmondásban az előbb emleget-
tett könyv, a *Szívbenulás* szerzőjének álláspontjával, legfeljebb a tudomá-
nyos és vitairadalomban kibontakozó látvány kevésbé személyes, az általa
alkalmazott kategóriák pedig sokkal inkább technikaiak és nem annyira ar-
tisztiak, mint idézett szerzőnk esetében. Mindent összevéve, a szemé-
lyes beszámoló és a szakirodalmi adatok egyaránt a technikai tudáson túli
képességek, attitűdök válságát jelzik, amely immár komolyan hozzájárul
az orvoslás presztízsének csökkenéséhez.

¹ Greger, M.: *Heart failure. Diary of a third year medical student*, 1999, 62. o.

A fehér köpeny üzenetei

A „fehér köpeny szertartása” és a vele kapcsolatos ambivalencia már egy kevésbé személyes szinten jelzi azt az élethelyzeti összetettséget, amelyben az orvostanhallgató önmagát találja.

A „Fehér Köpeny Ünnepe” eredetileg olyan beavatási szertartás-félének szánták, amely az elsőéves hallgató számára megerősíti az orvosképzés hivatalos curriculumában, céljaiban megfogalmazott humanisztikus értékeket; azokat, amelyek azonosak az orvosi szakma kinyilvánított értékeivel: *altruizmus, kötelességérzet, mások tisztelete, megbecsülése, együttérzés.*

Ennek megfelelően a fehér köpeny szimbolikus jelentései miatt különösen alkalmasnak látszik arra, hogy az ifjú orvosjelöltek mintegy felruházódjanak az orvoslás hagyományos szakmai értékeivel és normáival.²

A ceremónia nyílt, az ünnepélyes rituálé által megerősített üzenete mögött azonban két szálon „titkos” üzenetek is átszivárognak, amelyeket a fehér köpeny tisztasága eltakarni látszik az óvatlan szemlélő elől. Az egyik szál az orvosi szakmával kapcsolatos ambivalenciák megjelenését jelenti, amelyeket a fehér köpennyel kapcsolatos asszociációk váltanak ki. Az egyértelműen pozitív jelentéstartalmak mellett azonban számos más interpretáció lehetőséget is kínál. „Szimbolizálhatja az egészségügyi személyzet hierarchiáját, a praxis helyeit, az orvosok társadalmi és gazdasági privilégiumait, és a medicina jól bejáratott technikáit a szakmai tagság meghatározására.”³

A Fehér Köpeny Ceremónia emellett – és ez a második funkciója – egyfajta védelem szerepét is betölti. Szó szerint fel akarják vele vértetni a hall-

² A fehér köpeny az aszeptikus sebészet szimbóluma, amikor is megvédi az orvost és páciensét a fertőzésektől; a tudományos tudás letéteményesét jelzi, akit éppen ez a tudásfajta tesz alkalmassá szakmája művelésére; az egész gyógyítóintézményt szimbolizálja, ahol a személyzet minden tagja viseli a fehér köpenyt; egyben a fehérség az élet, a tisztaság, az ártatlanság, az emberfeletti hatalom, az istenség szimbóluma is. Wear, D.: On the white coats and professional development. The formal and the hidden curricula, in: *Annals of Internal Medicine* 9 (1998), 734–737. o.

³ Wear 1998, 734–737. o.

gatókat azok ellen a negatív hatások ellen, amelyek a tanulmányaik során sújtják őket.⁴

E „beavatási ünnepség” tehát egyszerre alkalmas arra, hogy a köpeny szerepéből adódóan eltakarja, elfedje az orvosképzés „nem szeretem” tendenciáit, ugyanakkor fehérsége megfelelő felületet kínál a szakmai ideálok rávetítésére is.

Mindazonáltal már az amerikai orvosképzés vezetői is érzik, hogy a képzés úgy jelenít meg egymástól eltérő – gyakran ellentmondó – értékeket, hogy az így keletkező feszültség olyan élménnyé fokozódik, amely a hallgatók számának csökkenésében mint tünetben jelenik meg. Ezt a felismerést fogalmazta meg Jordan J. Cohen, az Amerikai Orvosi Fakultások Szövetségének elnöke is egy beszédében: „Nem számít, hogy milyen sikeresek vagyunk idealisztikus és megfelelően motivált hallgatók medicinához vonzásában most vagy a jövőben, kevés reményünk van arra, hogy azonos számú idealisztikus, megfelelően motivált orvost adjunk a társadalomnak, ha nem tudjuk betemetni a szakadékot a retorika és a realitás között.”⁵ E szakadékba zuhant hallgatók pedig olyan „traumatizált” személyiségjegyeket fejlesztenek ki, amelyek korlátozzák őket abban, hogy megfeleljenek a medicina hagyományos értékeinek.

A rejtett curriculum konfliktusos üzenetei

Először talán a hetvenes években azonosították az oktatási rendszerek sajtós kétszintűségét. Nevezetesen azt, hogy az oktatás nyíltan hirdetett, hivatalos okmányokban megfogalmazott céljai és törekvései mögött valami más, gyakran ezekkel ellentétes folyamatok is megnyilvánulnak, olykor erőteljesebben és hatékonyabban, mint a hivatalos oktatási terekben

⁴ A fehér köpeny ceremónia – úgy tűnik fel – be akarja oltani a hallgatókat az informális curriculum kellemetlen hatásai ellen: az együttérzés hiánya, az etikai határok elmaszatólása, a páciensek tárgyakként való kezelése és más erkölcsi ingoványok ellen, amelyek valószínűleg éppen olyan erőteljes befolyással vannak az orvostanhallgatók képzésére, mint a szimbólumok rejtett curriculumuma. Branch, W. T.: Deconstructing the white coat, in: *Annals of Internal Medicine* 9 (1998), 740–742. o.

⁵ www.lewisassoc.com/news/lewis90102.htm.

hangoztatottak. Ezt nevezték el rejtett curriculumnak. Szinte az első erről szóló publikáció úgy definiálta, mint olyan „hallgatólagos utakat, amelyekben a tudás és a magatartás a szokásos kurzusanyagokon és formális előadásokon kívül megkonstruálódik”.⁶

Úgy tűnik fel, hogy a rejtett curriculum jelenségét illető fokozottabb figyelem egyrészt abból a keresésből táplálkozik, amelyet a mai medicina – mondjuk így – kulturális válságjelenségei implikálnak. Ezek egyik tünete a hallgatók létszámának a csökkenése, és általában az orvosi pálya presztízsének hanyatlása. Az okok utáni kutatás azután felerősíti azokat a jelenségeket is, amelyek korábban nem fontosnak, sőt, egyenesen marginálisnak tűntek, vagy amelyeknek létét éppen a medicina „felhőtlen” periódusa ítélte érdektelenné: „Lehet, hogy vannak a képzésnek problémái, de ezzel együtt jók vagyunk.”

Másrészről, a rejtett curriculumot a figyelem középpontjába helyező tényező az orvosképzés hatásaira vonatkozó személyes és kutatási beszámolók szinte egyöntetű bíráló hangvétele.

„Az egyik olyan terület, ahol a hallgatók fejlődésével kapcsolatban egyetemes egyetértés van az, hogy az orvosképzés a hallgatókat és a rezidenseket cinikusabbá és érzéketlenebbé teszi.”⁷

A vizsgálatokból már-már az unalomig ismételtén az tűnik ki, hogy a hallgatók szerint „A kinyilvánított hivatásbeli célok túlságosan csalódást keltően valósulnak meg. Némelyek azt állítják, hogy képzésük sokkal inkább elszegényítette, mint táplálta azokat az ideálokat, amelyek arra motíválták őket, hogy orvosá váljanak. [...] Azt mondják nekik, hogy úgy kezeljék a pácienseket, és úgy tekintsenek rájuk, mint olyan személyekre, akik együttérzést, törődést és tiszteletet érdemelnek, de azt találják, hogy nincs idejük és energiájuk így viselkedni.”⁸

⁶ McLaren, P.: *Life in schools. An introduction to critical pedagogy in the foundations of education*, New York, 1989, 212. o.

⁷ Hundert, E. M., Hafferty, F. és Christakis, D.: Characteristics of the informal curriculum and trainees' ethical choices, in: *Academic Medicine* 6 (1996), 624–642. o.

⁸ Kopelman, L.: Cynicism among medical student, in: *Journal of the American Medical Association* 15 (1983), 2006–2010. o.

Az orvostanhallgatók általában a nyugati világban és különösen az angolszász területeken az orvosképzésüket úgy élik meg, mint ami egy sajátos hadszíntéren⁹ zajlik, amelyen harc folyik a medicina hirdett, nyíltan felvállalt humanisztikus értékei és az ezeknek ellentmondó attitűdök, normák, viselkedésformák között. Ez a „háború” természetesen nemcsak a közsférában zajlik, hanem belsővé válik, és a hallgatót saját szakmai identitásának legmélyebb, legfontosabb kérdéseit illető állásfoglalásra kényszeríti.

Az állásfoglalás megalkotása nem volna baj, ellenkezőleg, ennek megfogalmazása lenne az orvosképzés egyik legfontosabb célja és eredménye. De ennek az új identitásnak a létrejötte is a hallgatók „háta mögött” zajlik. Ugyanis éppen a rejtett curriculum egyik hatásaként a hallgatók egyfajta „reflexív rövidlátásra” tesznek szert.¹⁰

A rejtett curriculum egyik legfőbb következménye a vele szembeni kritikai reflexió elnémitása, lehetetlenné tétele. Ezt az irodalomban hol „ön tudattalanságnak”, hol „nézőpontnélküliségnek” nevezik.¹¹ A rejtett curriculumban megjelenő magatartásmódok magától értetődősége, a szakmai kohézió ereje megakadályozza a hallgatót abban, hogy saját nézőpontjának és perspektívájának tudatában legyen, és azt mint hivatásbeli *alternatívát* fogja fel.¹²

A rejtett curriculum sajnálatosan hatékony működése arra hívja fel a figyelmet, hogy „a képzéssel foglalkozóknak kevésbé arra kell koncentrálni, hogy mit tanítanak az orvosi fakultáson, sokkal inkább arra, hogy mit tanulnak meg a hallgatók”.¹³ Továbbá, hogy a nap mint nap ismételt cselekvésekben átadott attitűdök sokkal inkább beépülnek a későbbi orvos magatartásába, mint az előadásokon, szemináriumokon nyíltan kifejezett,

⁹ „Úgy érzem, hogy egy háborúban harcolok, amelynek létezéséről mások még csak nem is tudnak.” Harrison, M.: *A woman in residence*, New York, 1982, 233. o.

¹⁰ Vö. Hafferty, F. W. és Franks, R.: The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education, in: *Academic Medicine* 11 (1994), 861–871. o.

¹¹ Mahowald, M. B.: On the treatment of myopia: feminist standpoint theory and bioethics, in: Wolf, M. S. (szerk.): *Feminism and bioethics. Beyond reproduction*, New York, 1996, 95–111. o.

¹² Vö. Wear 1998, 734–737. o.

¹³ Hundert, Hafferty és Christakis 1996, 624–642. o.

de többnyire csak a verbalitásra és passzív befogadásra szorítókozó tananyag elemei.

A hallgatók, ha tipizálunk, akkor háromféle módon alakítják ki tartós viszonyukat a nyílt és a rejtett curriculum közötti diszkrepanciához. Az első a diszkrepancia tagadása; annak a meggyőződésnek a kialakítása, hogy ha a rejtett curriculum „belém nevelte” értékeket követem, akkor végső soron a nyíltban benne foglalt humanisztikus eszményeknek teszek eleget. Ha az orvos a saját érdekeit követi, akkor végső soron a páciensét valósítja meg.

Ennek az attitűdnek a kialakításában rendkívül jelentős szerepe van a mindennapi rutinban tapasztalt ismétléseknek, amelyek mintegy természeti meghatározottságúnak tüntetik fel a bennük foglalt magatartásformákat.

A másik lehetséges feldolgozási mód a nyílt cinizmus életfilozófiává tétele. Ebben a megközelítésben a humanisztikus értékek a gyermeki naivitás állapotát jelentik, de egy szakmailag érett személyiség tisztába kerül a realitásokkal, azzal, hogy milyen is valójában az élet, és a nyílt curriculum értékeit a dajkamesék kategóriájába sorolja, amelyek azoknak a „golyáknak” valók, akik még hisznek az ilyenekben. Az ilyen attitűd kialakításában kapóra jön a biomedikális ideológia technikaorientáltsága, amely nem tud mit kezdeni sem az empátia, sem az együttérzés követelményeivel. A folyamat lényeges mozzanata az orvos technikai tudásának és általános szakmai magatartásának radikális elválasztása, az előbbi túlhangsúlyozásával és az utóbbi erős leértékelésével. E szerint az orvos kövesse a technikai protokollt, és ne foglalkozzon tevékenysége „tárgyának” ezen túli sajátosságaival. Ebben az attitűdben a rejtett curriculum győzelme fejlődési és nem degenerálódási folyamat termékeként jelenik meg; *a cinizmus pedig a felsőbbrendűség megnyilvánulásaként tűnik fel.*

Az előbbi két megküzdési mód mellett ott található egy harmadik is: azok a hallgatók, akik valamiképpen immunizálták magukat a rejtett curriculum hatásaival szemben.¹⁴

Elevenen tartják magukban azokat a humanisztikus ideálokat, amelyekkel az orvosi fakultásra érkeztek. Nyitottak a medikális technikán túli ér-

¹⁴ A három megküzdési móddal kapcsolatban lásd Coulehan, J. és Williams, P. C.: Vanquishing virtue. The impact of medical education, in: *Academic Medicine* 6 (2001), 598–605. o.

tékek iránt, képesek a nem instrumentális tudást is értéknek tekinteni, és azt orvosi hivatásuk elengedhetetlen részének fogják fel. Éles szemmel veszik észre a rejtett curriculum csapdáit, személyiség- és hivatástorzító szerepét, erejét, de a kísértésnek ellenállva nem hajlandók behódolni neki. Noha tudják, hogy az „egyetemi játszmaiban” (*university game*) való sikerességük olykor valós személyiségük elrejtését követeli meg: a látszólagos belesimulást a „mindenki így csinálja” szűrkeségébe, mégis kitartanak eredeti ideáljaik mellett.

A fehér köpeny elfedte betegség

A rejtett curriculum hatékonysága éppen alatomosságában rejlik. Úgy alakítja át a hallgatót érzéketlen, ugyanakkor szakmai felsőbbrendűségével eltelt „emberteknikussá” vagy „embermérnökké”, hogy az reflektálóképessége gátoltsága, elcsökevényesedése miatt szinte észre sem veszi ezt.¹⁵ Úgy válik eredeti szándékaival szemben mássá, hogy nem érzékeli személyiségjegyeinek, attitűdjeinek radikális megváltozását. A folyamat olyasféle bőrbetegséghez hasonlatos, amelyben a kórokozó észrevétlenül terjed szét a szervezetben. Amikor pedig elváltozások jelennek meg, akkor azokat csak magánéletének szereplői veszik észre, maga az alany nem, mert közvetlen szakmai környezetében, mint valami karanténban, mindenkinek ilyen elváltozásai vannak, és különben is azt mondják, hogy ezek nem elcsúfítják, hanem megszépítik őt, és jelzik, hogy ő más, több, mint azok, akiknek nem ilyen a bőruk. Amikor pedig múltjának szereplői emlékeztek arra, hogy egykor nem ilyen arcot akart, akkor esetleg azt válaszolja, hogy ez azért volt, mert naivan nem tudta, hogy milyen arc kell a kiválósághoz.

A fehér köpeny szertartást övező ambivalencia úgy kapcsolódik a rejtett curriculumhoz, hogy e kétértékűségek negatív oldalát döntően a rejtett

¹⁵ Jack Colulehan és Peter C. Williams (2001, 598–605. o.) a rejtett curriculum működésének három alapvető következményeként jelöli meg: az érzelmi kívülállást (*detachment*), a hivatásrendi felsőbbrendűséget (*entitlement*) és a nem reflektív hivatásgyakorlást (*non-reflective professionalism*).

curriculum működése és hatalma termeli meg. Ekkor pedig a fehér köpeny valóban nem az orvoslás tiszteletre méltó tradicionális értékeit szimbolizálja, hanem ehelyett a rejtett curriculum okozta csúfság elfedését, elrejtését szolgálja. A rejtett curriculum így nevéhez méltóan fejtheti ki hatását a későbbi szakmai karrier során is.

A témához kapcsolódó nagy számban megjelenő írások, könyvek azonban arra utalnak, hogy már nemcsak a nézők köréből kiabál be egy gyermek, hogy „A király meztelen!”, magának az „udvarnak” jeles személyiségei is megfogalmazzák aggodalmukat, azt, hogy a rejtett curriculum alapvonásai a „királyság” tekintélyét fenyegetik.

Az angolszász példa arra hívhatja fel a figyelmünket, hogy a magyar orvospépzésnek is kínosan vigyáznia kellene arra, hogy a hivatalos és rejtett curriculum között ne nőjön túlságosan nagyra a diszkrépancia. Az itt szerzett sérülések csak nehezen korrigálható karaktervonásokat alakíthatnak ki az új orvosnemzedékekben. Lehetnek persze olyanok, akik úgy gondolják, hogy az orvos attitűdjei, személyisége alig nyomnak valamit is a latba a technikai képességeivel, tudásával szemben. Úgy tűnik fel azonban, hogy még az oly erőteljesen technicizált medicinának, mint az amerikaiának a képviselői is döbbenet látják, hogyan szenvednek súlyos sérüléseket „üzleti érdekeik”, ha az orvos személyisége a rejtett curriculum marta-lékává válik.

A páciensek csodálják a csillogó-villogó technikai apparátust, de talán legalább ennyire vágynak humanisztikus orvosokra, akik nem pusztán a technika eszközeiként praktizálnak, hanem személyiségükkel (is) gyógyítanak.

A rejtett curriculum úgy nyeli el a hallgatók egyéniségét, színeit, mélyégeit, mint a fekete lyuk a fényt, a fehér köpeny pedig az eltűnt ember sziluettjét rajzolja pusztán körül, s nem fedi el a benne lévő, humanisztikus értelemben vett ürességet.

A SZÜLÉS MEDIKALIZÁCIÓJA

A terhességnek és a szülésnek különleges helye van a medikalizált élet-események sorában. Talán nincs még egy medikalizált terület, ahol ennyire rejtetté vált volna maga a medikalizáltság. Az emberek nagy részének teljesen természetesnek tűnik, hogy a szülés „orvosi probléma”, a szülés medikális kontrollja pedig a társadalmi és kulturális fejlettség egy fontos jele. Ugyanakkor az utóbbi években éppen itt jelentkeznek a legerőteljesebben (az elme- és magatartászavarok mellett) a demedikalizáló törekvések; ebből a szempontból pedig a medicina túlzottan minősített jelenléte és beavatkozása a modern technikai racionalitás egyik tévútját jelenti.

„Ha a férjednek azt mondanák, hogy egy bizonyos idő alatt erekciót kell elérnie és ejakulálnia kell, vagy különben kasztrálják, gondolod, hogy könnyű lenne? Ennek könnyebbé tételéhez talán intravénás tű lenne a karjában, egy bizonyos testhelyzetben kellene maradnia, szíjat tekernének a pénisze köré, és azt mondanák neki, hogy ne mozogjon. Néhány percenként ellenőriznék és felemelnék a lepedőjét, hogy megnézzék, történt-e »haladás« a dologban.”¹

Ezt a hasonlatot egy újdonsült édesanya használta, amikor megpróbálta megfogalmazni a szülés közben szerzett élményeit. A hasonlatban foglalt feszültség nyilvánvaló. A nő által leírt jelenet egyszerre természetes és bizonyos értelemben abszurd. A modern nyugati társadalom asszonyai így születtek a XX. század folyamán, és csak az utolsó harmadában kezdett e konstellációról a természetesség pecsétje lemállani. A férfias teljesítménnyel való metaforikus összevetés már a nőiség lázadásának a hangja. Az

¹ Martin, E.: *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*, Milton Keynes, 1996, 58. o.

idézetet megfogalmazó anya egyszer még elfogadta és vállalta az orvosok által tanácsolt – talán előírtnak érzett szülést –, de már többet nem hajlandó erre, már nem érzi azt, hogy feltétel nélkül alá kell vetnie magát a szakmaiságra hivatkozó orvosi autoritásnak.

De még ennél is komolyabb indulatokat kelthet e kulcseményre való emlékezés:

„Kórházba zárnak, levágják a hajad, lekötözik a kezed, és nem engednek látni, nem akarják, hogy megértsd, azt akarják, hogy hidd el, ez az ő hatalmuk, nem a tiéd. Túket szúrnak beléd, így nem fogsz hallani semmit, akár halott disznó is lehetsz, lábaid fenn vannak egy fémkeretben, föléd hajolnak, technikusok, szerelők, hentesek, ügyetlen és vihogó hallgatók buzgólkodnak a testeden. Úgy veszik ki a gyermeket egy fogóval belőled, mint az uborkát az uborkásüvegből. Azután feltöltik az ereidet piros műanyaggal, láttam, ahogy a csövön keresztül futott. Nem akarom, hogy ezt még egyszer megtegyék velem.”²

Ha lehet, ez az idézet még drasztikusabban fogalmazza meg a szülő nő sokkoló és traumatizáló élményét. Már-már olyan mértékig fokozza a metafora keménységét és drámaiságát, hogy az olvasó csak kapkodja a fejét: milyen kontraszt van a medicina segítő, humanisztikus énképe, közképe és az előbbi mondatokat megfogalmazó nő valóra vált „rémálma” között. „E bekezdés erőszakos nyelvezete azonosítja a kórházat a vágóhíddal vagy a börtönnel, és a medikális gyermekszületés beteges technológiáját a rabokon végrehajtott természetellenes és dehumanizáló kínzásokkal.”³

A „még egyszer ez elő nem fordulhat” érzése az, amely miatt ez a két idézet a szülés medikalizációjának fordulatót reprezentálja és szimbolizálja. Azt a történeti pillanatot jeleníti meg, amelyben a medikalizáció logikája és erői komoly kihívást kaptak a demedikalizáció „zeitgeistjától”.

² Atwood, M.: *Surfacing*, New York, 1972, 92. o.

³ Treichler, P. A.: Feminism, medicine, and the meaning of childbirth, in: Jacobus, M., Fox Keller, E. és Shuttleworth, S. (szerk.): *Body/Politics: Women and the discourses of science*, New York, 1990, 119. o.

Ez a korszellem pedig lényegében két nagy témát feszeget, amelyek korábban a magától értetődőség szürkéségével simultak bele kultúránk szülést/születést illető rutinjába. E két nagy probléma: a nőiség társadalmi defíníciója és a medicina viszonya a nőhöz. A szülés pedig az a konstelláció, amelyben e két probléma esszenciálisan, egy rövid szcenáriumba sűrítve mutatkozik meg.

A szüléssel kapcsolatban manapság sorjáznak a kérdések: Mi a nő funkciója a modern társadalomban? Mi a szülés jelentése és jelentősége? Milyen a magzat, az anya és az orvos viszonya a szülés közben? Ki uralja a folyamatokat? Hogyan oszlanak meg az alanyi és a tárgyi szerepek a szülés során? Milyen környező kultúrából merített metaforák mentén fogalmazódik meg az objektívnek és tudományosnak mondott szakmai álláspont a szüléssel kapcsolatban? Hogyan oszlanak meg a férfias és nőies szerepek e folyamatban? E megosztásnak milyen hatalmi dimenziói vannak? A szülőszoba hatalmi viszonyait hogyan határozza meg a szélesebb társadalmi kontextus? Hogyan és miért jelenik meg a medicina egy olyan folyamatban, amely történetileg sohasem volt egyetlen kultúrában sem medikális probléma? Miért kap a szülés és a terhesség patológiás aurát a modern medicina korában, és miért veszíti el a korábbi és minden más kultúrában meglévő természetességét? A korábban alapvetően „női dolognak” tekintett szülésből – női a közreműködőket tekintve is – miért és milyen módon szorul ki a női asszisztencia, és hogyan veszi át helyét a férfi dominancia? A korábban a szülést aktívan irányító nő miért válik szinte teljesen passzív tárgyává az orvosi kontrollnak? Hogyan veszi át az anyától a saját és magzatának „érdekképviselőjét” a medikális szakma? Igaz-e, hogy az ilyen módon kialakított szinte totális medikális kontroll biztonságosabbá tette a szülést? Igaz-e, hogy a szülőszoba kultúrája kifejezetten a tudomány eredményeire épül? Igaz-e, hogy kizárólag a szülő nő és magzatának érdekei szabályozzák a szülés rutinját?

Utópiák

A kérdések ilyen tömegének – történelmi léptékkal mérve – hirtelen feltolulása nemcsak az alapos válaszok, alternatívák és döntések irányába kényszerítik az érdekelteket, hanem – népszerű lehetőségként – az utópiák felbukkanásához is vezet. A medikális szülés válsága mind múltra, mind jövőre hivatkozó utópiákat hív elő.

A tradicionális társadalmak orvosi antropológiai kutatásai arra a „különös” eredményre vezettek, hogy az asszonyok többnyire női segítséggel hozták világra gyermeküket, és – eltekintve az olykor bekövetkező tragédiáktól – magának a szülésnek a folyamata meghittebb, nyugodtabb, a nő számára végső soron pozitív emlékekké váló élményekkel teli volt. Nem, vagy alig fordult elő a különböző fokozatú depresszív állapotoknak az a sorozata, amely oly gyakori korunk nyugati civilizációjában. Röviden fogalmazva: kevés technika-technológia és sok érzelm, lelki segítség jellemezte a tradicionális társadalmak szülését. Semmilyen, a szó mai értelmében vett szakember (különösen férfi) nem vette át a folyamat irányítását a leendő anyától. Természetesen a problémás helyzetek megoldására nem volt sok lehetőségük, nem nyúltak a testbe, egyáltalán, alig alkalmaztak mesterséges eszközöket. Ezek a helyzetek gyakran az anya és csecsemője halálával végződtek. Ha nem voltak komplikációk – és a mai statisztikák szerint is a terhességek 80%-a ilyen –, akkor a szülés a maga természetességében zajlott le, nem hagyva kellemetlen emléket, és különösen nem lelki traumatizáltságot.

Mindez erősen ellentétesnek láttatja – és éppen a személyes élmény síkján – a modern medikális gyakorlatot és a tradicionális társadalmak „szüléskultúráját”. Ez könnyen olyan lelkesültséghez vezet, amely a mai állapotokat visszafelé akarja meghaladni, és a maga egészében tévútnak mutatja be a modern medicina részvételét a terhességben és a szülésben. Ez a vélekedés, ha nem is a maga tiszta formájában, de legalább, mint a modern szülést körülvevő ambivalencia egyik oldalának érzelmi és részben érvbeli szereplője, mindenképpen megjelenik a vitákban. A tiszta természetességet emeli piedesztálra az erősen technológizált, dehumanizált modern praxis ridegségével szemben.

A másik utópia éppen a medikalizált tendenciák jövőbeli felnövelésében látja a mai kétértelműségek feloldását és megoldását. „Ha a nők nem képesek megtalálni a módját annak, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert gyermekkihordási lehetőségeik felett a jelenben, akkor a jövő igazi veszélyeket rejt számukra, amikor a nők talán nemcsak láthatatlanná válnak a diskurzusban, hanem valóságosan is hiányozni fognak a reprodukciós folyamatból. Mert néhány férfi szakember számára az autoritásukat érő jelenlegi kihívás egyik megoldása az, hogy a nők diszkurzív kitörését beillesztik az orvoskönyvekbe azzal, hogy szó szerinti értelemben kitörlik őket a reprodukcióból és a gyermekszülésből: ez a kitörlés az *in vitro* fertilizáció, az alternatív »fejlesztő médiumok« (a »pótanyák«, a holnap mesterséges méhei), és az emberi klónozás eljárásai révén lehetségessé válik.”⁴

Az otthonosság keresése

A nő eltűnése ebben a „progresszív” utópiában éppen úgy alárendelt, passzív helyzetének „továbbfejlesztése”, mint ahogy a regresszív utópiában hiányérzetének projekciója a múlt idillisztikus képébe. A szülés traumatikus élményének pozitív és negatív tünetei kelnek önálló életre a kétféle utópiában. A nő modern „szüléskultúrában” tapasztalt alárendelődése a technikai racionalitásnak a jövőbeli teljes feleslegességének víziójához vezethet, míg a technológia uralma elleni indulat olyan világot fantáziál, amelyből a biztonságra hivatkozó technikai racionalitás hiányzik.

A nők otthontalansága a modern szülészetben mindenesetre nem orvosolható olyan utópiákkal, amelyek maguk is otthontalanságot eredményeznek: az egyik nélküli a modernitás megszokott és belakott életformáját, a másik pedig már egy olyan „emberről” szól, aki nem is képes „otthon lenni”.

Ezek az utópiák mindazonáltal kijelölik annak a küzdőtérnek a határait, amelyen belül a szülés medikalizációjával összefüggő valóságos kérdések – olyanok, amilyeneket fentebb felsoroltunk – és lehetséges megoldásaik megvívják harcukat a szülés definíciójának jogáért.

⁴ Treichler 1990, 130. o.

E meghatározásnak pedig az az alapvető tétje, hogy a medicina kontrollálja-e a terhességet és a szülést, vagy „csak” asszisztáljon hozzá; vagy egy ismert filmcímre utalva: Mégis kinek a szülése?⁵

⁵ A filmcím, amire az utalás történik: *Who's life is it anyway?* (magyarul: *Mégis, kinek az élete?*), 1981. (A szerkesztő, Kőműves Sándor megjegyzése.)

A BETEGSÉGÜZLET

A modern medicina azt tűzte ki céljává, hogy az immár elfogadhatatlan halált megtestesítő betegség-hadsereget csapatrészekre osztja, ezeknek nevet ad, majd az ilyenképpen szeparált és behatárolt egységekkel felveszi a harcot. A felvilágosodás racionalitás „vallását” mélyen hívő orvosi tudományosság egy pillanatig sem kételkedett abban, hogy a hosszú háború története lényegében véve előre meg van írva: az ész győzedelmeskedik a természet ártó erői felett. E forгатókönyv szerint a véges számú betegségeket előbb-utóbb a medicina felszámolja, és ha ezek végül elfogytak, akkor a halál is legyőzetett.

E modern kori mítosz, meglehet ebben a formában sehol sem olvasható, de látens működésére olyan gondolkodó figyelmeztet, mint Tolsztoj:

„Mióta az emberek gondolkodni kezdtek, rájöttek arra, hogy semmi sem előnyösebb az ember erkölcsi életére nézve, mint a halál gondolatával való foglalkozás. A hamis irányban fejlődő orvostudomány azonban ahelyett, hogy csak a fájdalmak enyhítésével törődne, célul tűzte ki magának az embernek a megszabadítását a haláltól; megtaníta őket, hogy bízzanak a halál elkerülésének lehetőségében, üzzék ki eszükből a halál gondolatát s megfosztja őket ezáltal az erkölcsös életre ösztökélő leghatékonyabb impulzustól.”¹

A késő modern medicina és kulturális környezete azonban mintha egy fontos ponton módosítana e programon. Immár nem véges és természetileg adott számú betegséget kell leküzdeni, hanem fokozni kell a „fegyverkezést”, mert a betegségek száma folyamatosan növekszik. Erre a jelenségre számos magyarázat lehetséges: megjelennek például eddig nem

¹ Tolsztoj, L.: *Mindennapra*, 3. kötet, Budapest, é. n., 23. o.

ismert vagy újonnan működésbe nem lépett kórokozók, az emberi immunrendszer egyre nehezebben kezeli a környezeti ártalmakat, a modern élet stresszei megterhelik a más körülményekre „kifejlesztett” embernek nevezett lény szervezetét. Mindazonáltal, úgy tűnik, hogy sajátos feszültség jelenik meg az újonnan „felfedezett” és bejelentett betegségek és legitimitásuk között. Egyre többen teszik fel a kérdést, hogy betegség-e az, amelyet újabban annak akarnak elfogadtatni. Ez a kétely azután nemcsak a konkrét jelenség betegségként való besorolására terjed ki, hanem magát a betegség fogalmát is újra interpretálандóvá teszi.

A BMJ² szerkesztősége tavaly internetes közvélemény-kutatást tartott, amellyel éppen a betegségkategória bizonytalanságát akarták illusztrálni. Felsoroltak 38 elnevezést, és arra szólították fel a szavazókat, hogy jelöljék meg ezek közül azokat, amelyeket betegségeknek tartanak, és azokat, amelyeket nem. Maga a szerkesztőség így határozta meg a nem betegséget: „Olyan emberi folyamat vagy probléma, amelyet egyesek medikális állapotként definiálnak, de az emberek jobban járnának, ha a probléma vagy a folyamat nem ilyen meghatározást kapna.”³

A 20 „leginkább nem betegség” csökkenő sorrendben: öregség, munka, unalom, táskák a szemek alatt, tudatlanság, kopaszság, szeplők, nagy fülek, ősz haj, csúnyaság, gyermekszülés, allergia a XXI. századra, időátállási probléma, boldogtalanság, zsírlerakódás, másnaposság, szorongás a pénisz mérete miatt/péniszirigység, terhesség, agresszív vezetés (*road rage*),⁴ magányosság.

Ezek között találunk olyanokat, amelyek a magyar fül számára is nyilvánvalóan nem betegségek, mint például a tudatlanság, az unalom vagy a munka. Vannak olyanok, amelyek a „talán igen, talán nem” kategóriájába

² A British Medical Journal folyóirat rövidítése. (A szerkesztő, Kőműves Sándor megjegyzése.)

³ Smith, R.: In search of „non-disease”, in: *British Medical Journal* 7337 (2002), 883–885. o.

⁴ Arnold Nerenberg kaliforniai klinikai pszichológus statisztikája szerint az amerikai populáció 53%-a szenved az úgynevezett *road rage disorder*ben, 1,78 milliárd epizód fordul elő évente; egy átlagos vezető huszonhét alkalommal mutatja magán e betegség tüneteit, epizódjait. Dr. Nerenberg az úgynevezett koporsóterápiát alkalmazza, amely során a páciensek egy valódi koporsó segítségével saját vagy szeretteik halálát vizualizálják, <http://www.theatlantic.com/issue98aug/roadrage.htm>.

tartoznak, mint például a boldogtalanság, a szeplők vagy a magányosság. De vannak köztük olyanok is, amelyek már ma is orvosi felügyelet alatt állnak, mint például a terhesség, a szülés vagy a zsírlerakódás. A fontos mindebből annak a tendenciának a kiolvasása, hogy a ma még „nyilvánvalóan nem orvosi” problémák hamarosan betegségekkel definiálódhatnak. Az öregség maga éppen úgy egyre kiterjedtebb orvosi ellenőrzés alá kerül, mint a női lét megannyi korábban természetesnek tekintett megnyilvánulása a szüléstől a menopauzáig. A munka, a lustaság, az unalom és az élet üressége asszociációkon keresztül a depresszióban végződik, vagy pedig a „*work-alcoholic*” formájában a korábban (túlzott) szorgalom pszichiátriai újrafogalmazásává válik.

Az unalom, a boldogtalanság, a magányosság a depresszió diagnózisában találják meg közös – természetesen medikális – alapjukat. A kopaszság, a szemek alatti táskák, a nagy fülek, a csúnyaság, a pénisz mérete miatti szorongás pedig – ha nem is közvetlen létükben, de lelki, egzisztenciális következményeik miatt – követelik meg a medikális figyelmet és felügyeletet.

A betegségek metaforáinak vándorló hadserege azután egyszer csak elveszti metaforikus jellegét, és szó szerinti betegségekkel válik. Így kapcsolja össze a betegség szó és mutatja meg közös lényegét a tüdőgyulladásnak és a kopaszagnak, a depresszióknak és a ráknak, a szorongásnak és az influenzának. Ha valaki ezeket a párhuzamokat túlzónak tartja, akkor kénytelen szembesülni azzal, hogy az ilyen állapotokat közös nevezőre hozni csak akkor tűnik különösnek, ha egymás mellett látjuk leírva ezeket. Az újságok orvosi rovatai, a reklámok, a gyógyszergyári marketing, és olykor a tankönyvek – ha nem is egymáshoz közeli térben – a betegség kategóriája alatt foglalkoznak az emberi szenvedés vagy szenvedéssé minősített állapotok e különbözőnek tűnő megjelenési formáival.

Mármint nyilvánvaló, hogy új betegségek keletkezhetnek új kórokozók felbukkanásából, az emberi immunrendszer zavaraiából, környezeti ártalmak megbetegítő hatásaiból, de úgy tűnik fel, hogy a fentebb is emlegetett „betegségfajták” egy része közvetlenül társadalmi konstrukció, a fogyasztói társadalom, vagy ha úgy tetszik, a késő kapitalizmus működésének terméke. Ismeretes, hogy a fogyasztói társadalom egyik megkülönböztető jellege a termelés és a szükségletek viszonyának újratemtése. Míg korábbi

társadalmi-gazdasági alakulatok a létező és lassan formálódó szükségletekre reagálva működtették termelési rendszerüket, addig a késő kapitalizmus magukat a szükségleteket is intenzíven alakítja, vagy pontosabban szólva a megtermelt áruk eladásához ébreszt szükségleteket. A közönséges halandó a reklámokból megismerheti a legújabb „kütyüket”, és ezzel együtt azt is megtudja, hogy tulajdonképpen elementáris vágya van az adott termék megszerzésére; nem élhet nélküle. Szinte a „vagy enyém lesz, vagy belepusztulok” kínjait eleveníti fel fogyasztásra nyitott lelkében a hirdetés, és ezt a szomjat csak vásárlással lehet csillapítani. Mármost, ha az élet minden megnyilvánulásába betolakszik ez a piaci-fogyasztói attitűd, akkor miért gondolnánk, hogy az egészség-betegség megnyilvánulásai mentesek lehetnek ettől? Persze mindannyian magunkban hordozzuk azt az „öröklött” és ezért mélyen gyökerező hitünket, hogy „a betegség azért mégiscsak más”, hogy a piaci szemléletnek itt tabukba kell ütköznie. A piacosodás – véljük – sok mindent tehet, de itt, éppen az életünk és halálunk alapvető kérdéseire oly közeli tájon, a medicinában léteznie kell valamiféle tiltásnak vagy legalább korlátnak, amely a viszonyokat, meglehetősen piaciaknak látatja, de azok „valahol a mélyen” mégsem azok. Hisszük (még), hogy „az emberi élet a legfőbb érték”, „az emberi élet nem mérhető pénzben”, és ebben a szférában az önzetlenség, az élet tisztelete és a szenvedők megsegítésének értéke az úr.

Pedig, pedig... Noha a fentiek nyilvánvalóan továbbra is értékek, de eléjük vagy melléjük nyomul a piac értékrendszere. A hagyományos betegségkategóriák – még ha „spontán módon” újak is születnek – nem képesek kielégíteni a gyógyszergyártás, és általában véve az egészségipar növekedési igényeit. Ezért a betegségek „társadalmi konstrukciója” mellett megjelenik a betegségek „vállalati konstrukciója”. Ha nem támasztanak elegendő szükségletet a meglévő betegségek, akkor új szükségleteket, vágyakat kell létrehozni új betegségek formájában. Így váltja fel a „minden betegséghez egy gyógyszert” formuláját a „minden gyógyszerhez egy betegséget” jelszava. A medikalizáció egyik legerőteljesebb forrását találjuk ebben az egyszerűségében is zseniális megfordításban. Minél több életnyilvánítás kerül a betegségek közé, annál jobban lehet növelni az egészségipar fogyasztását. Bár, ha meggondoljuk, mintha az egészségipar kifejezés nem is lenne itt igazán helyes. Találóból volna – legalábbis ebben az aspektu-

sában – betegségiparnak nevezni, hiszen mindenekelőtt a betegséget termeli meg, hogy azután megoldást kínáljon az általa teremtett problémára. E logika szerint nem egészségeseknek kell lennünk, hanem azért kell meggyógyulnunk az egyik betegségből, hogy azután – a kezelésre használt szerekbe vetett bizalmunkban megerősödve – egy újonnan „felfedezett” betegségben szenvedők legyünk. De nem kell kétségbe esnünk, talán már arra is kapható egy éppen mostanában kifejlesztett gyógyszer...

MEGSZABADULNI A HALÁLTÓL

Egy civilizáció akkor kezd hanyatlani, mikor kizárólagos rögeszméjévé válik az Élet. A csúcson lévő korokban önmagukért ápolják az értékeket: az élet csak megvalósulásuk eszköze; az egyén tudatában sincs annak, hogy él, egyszerűen csak él. [...] Az Élet felfedezése semmivé teszi az életet.

Emile M. Cioran

„Ma délelőtt kórházban voltam. Váróterem. Mire vár ez a sok ember? Hogy egy kicsit tovább éljen; hogy ne normálisan haljon meg. Egy légykórház jutott az eszembe, ahová azért járnának a legyek, hogy eléljenek az évszak végéig. Vagy egy kérész-váróterem, ahol egy óra, egy perc haladékkért kezeltetik magukat.”¹

Ezek a sorok komoly ambivalenciát provokálnak olvasójukban. Egyeszerre döbbenhet rá intellektuálisan az élet ilyenét meghosszabbításának hiábavalóságára, ugyanakkor aligha képes érzelmileg azonosulni a szerző cinizmusba hajló szkepszisével. Hiszen a késő modern nyugati társadalom emberének egyik legfőbb vágya életének minden határon túli meghosszabbítása. Úgy véli, hogy a kérész és a légy korán elpusztul, de neki joga, sőt, kötelessége minél tovább élni. Majd csendben, észrevétlenül, környezetünket nem zavarva eltávozni.

A mai korszellem azt diktálja, hogy az élet egy végtelen vasútvonal, amelyen újabb és újabb állomások következnek. Aki pedig kiesik a vonatból, az lemarad valami újról, érdekesről, amelyben a továbbutazók még részesülhetnek. Ezért minél tovább a vonaton kell maradni, még a lépcsőre esve is görcsösen kell kapaszkodni, de úgy, hogy a többiek, akik még a kényelmes fülkékben utaznak, ne vegyenek észre semmit. A vonatból kieső nem zavarhatja meg élvezetüket.

A halálnak kitüntetett helye van a medikalizált jelenségek sorozatában. Még az is lehet, hogy az elmúláshoz való modern (v)iszony az egész medi-

¹ Cioran, E. M.: *Füzetek 1957–1972*, Budapest, 1999, 35. o.

kalizáció fundamentuma, origója. Talán minden más – sorozatunkban már eddig is tárgyalt – jelenség a halál kitüntetett helye vagy éppen „helynélkülisége” miatt járta be a medikalizáció útját. A halál új értelmezése előtt a medicina más feladatokat kapott:

„Mióta az emberek gondolkodni kezdtek, rájöttek arra, hogy semmi sem előnyösebb az ember erkölcsi életére nézve, mint a halál gondolatával való foglalkozás. A hamis irányban fejlődő orvostudomány azonban ahelyett, hogy csak a fájdalmak enyhítésével törődnek, célul tűzte ki magának az embernek a megszabadítását a haláltól; megtanítja őket, hogy bízzanak a halál elkerülésének lehetőségében, űzzék ki eszükből a halál gondolatát s megfosztja őket ezáltal az erkölcsös életre ösztökélő leghatékonyabb impulzustól.”²

A tolsztoji gondolat mintha a medicinát tenné meg a folyamat főszeplőjének. Ma inkább úgy tűnik fel, hogy „csupán” egy nagy kulturális megrendelést teljesít. A halálhoz való megváltozott attitűd az egyik döntő tényező a modern medicina megszületésében és kiemelkedő társadalmi helyzetbe kerülésében.

Ahogyan volt...

A halálhoz fűződő premodern felfogás a következőkben foglalható össze: A halál nem betegségek következménye, hanem „a sors egy döntése, amelyet el kell fogadni, sőt, elő kell segíteni, amelyet rituális pompával illik övezni; a temetések nem a személyes bánat spontán megnyilvánulását fejezik ki, hanem egy közösségi és szokásszerű ceremónia társadalmi jellegét hangsúlyozzák. [...] Az emberek fő gondja általában nem az, hogy elkerüljék a véget, hanem az, hogy ismerjék az idejét. [...] Ha a jelek azt mutatják, hogy az élet még nem közeledik a végéhez, meg lehet kísérelni harcolni érte, és megmenteni. De ha az életkor vagy a jóslat azt mondja, hogy eljött az idő, akkor minden erővel segíteni kell a Sorsot, és el kell

² Tolsztoj, L.: *Mindennapra*, 3. kötet, Budapest, é. n., 23. o.

távolítani minden akadályt, amely gátolhatná beteljesülését. [...] A halált nem szabad befolyásolni – ezt elgondolni is szörnyű volna, ilyen szentségtörést legföljebb egy csoda indokolhatna.”³ A medicinának ebben a kontextusban nincs köze a halálhoz és a haldokláshoz. Legfeljebb annak eldöntésében van szerepe, hogy az adott állapot gyógyítandó betegség-e vagy maga a haldoklás. Az utóbbi eset kívül esik kompetenciáján. A „van szerepe a döntésben” is meglehetősen korlátokkal értendő, mert azt, hogy eljött a halál ideje maga a haldokló érezte meg, fejezte ki, és nem külső szakember állapította meg. Nem lehetett a halál útjába állni, és pedig nem a technikai tudás hiányosságai miatt, hanem erkölcsi és teológiai megfontolások okán. „Ma azon nyugtalanodunk, hogy eleget tettünk-e, nem pedig azon” – mint a régiek – „nem tettünk-e túl sokat.”⁴

A második fontos szempont a hagyományos felfogásban az, hogy az élet és a halál viszonyában az a meghatározó, hogy míg a mai élet után a semmi következik,⁵ addig a régiek az öröklétbe mentek át. Ehhez képest életvéneink látványos megnövekedése „sok húhónak tűnik a majdnem semmiért”, mert valójában lerövidítettük az életet, hiszen hogyan lehetne összevetni néhány megnyert evilági évet az elvesztett öröklét végtelenségével.⁶

A premodern attitűd harmadik kiemelendő jellegzetessége az, hogy a halál nyilvános, közösségi esemény, amelyet a haldokló szervez, vezet. A haldoklás eleink idejében többé-kevésbé a haldokló kontrollja alatt zajlott le. Az orvosnak ebben a rituáléban úgyszólván semmi szerepe sincs, legfeljebb magánemberként résztvevője az eseménysorozatnak. A szakértő – ha helyénvaló itt ezt a kifejezést használni – maga a haldokló és nem a homo medicus. „A halál elhalasztásának hatékony eszközei nélkül az élet homokórájában az utolsó szemcse külső beavatkozás nélkül hullott alá.

³ Ariés, P.: *Gyermek, család, halál*, Budapest, 1987, 331–333. o.

⁴ Ariés 1987, 335. o.

⁵ Schopenhauer úgy próbálja filozófiai érveléssel a már modernitásba lépett ember semmitől való szorongását oldani, hogy azzal érvel: „Ha a nemlét gondolata volna, ami a halált oly szörnyűnek tünteti fel, úgy hasonló borzadással kellene arra az időre gondolnunk, amidőn még nem voltunk.” Schopenhauer, A.: *A halálról*, Budapest, 2001, 10. o. Ez az ésszerűsége apellálás azonban a szorongással szemben erőlen.

⁶ Vö. Imhof, A. E.: *Elveszített világok*, Budapest, 1992, 222. o.

Mégis a haldoklást tekintve haláluk a maihoz képest sokkal inkább ellenőrzésük alatt volt, amikor a halál pillanata az életfenntartó gép kikapcsolását jelenti.”⁷

Ahogy van...

A modernitásban a betegségek és a halál erősen összekapcsolódnak. A betegségek valójában a halál hadseregének külön-külön támadó egységeiként jelennek meg.⁸ Nem válnak tehát el az utak a gyógyításra felszólító betegségek és a fatális halál között, amelybe korábban nem lehetett és nem is volt szabad beavatkozni, mert túl van az emberi hatókörön. A XVIII. századtól kezdődő periódusban már nem lehet többé „csak úgy meghalni”, hanem a halál valamilyen betegség következménye (természetesen leszámítva a baleseteket). Ennek megfelelően a haldoklás a betegségek formájában kisebb biomedikális problémákká osztható fel vagy fordítható le. A halál így már a betegségek öltözetében jelenik meg; már ott rejtőzik minden betegségben. Ennek a szoros összefonódásnak kettős következménye az, hogy a betegségek – még a legkisebbek is⁹ – a halálra emlékeztetnek, annak rémületét idézik. Ezért számolandók fel azonnal még az apró „nyavalyák” is; a halál pedig a betegségekbe „csomagolva” immár legyőzhetőnek tűnik fel. Nem fátum többé, hanem kitolható, elkerülhető, felfüggeszthető esemény. Úgy tűnik fel, hogy a betegségek ilyen közvetítő szerepén keresztül osztozik azokban az ígéretekben és elvárásokban, amelyet a modernitás embere a medicinájától elvár: a technikailag felfogott és techni-

⁷ Skrabanek, P.: *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*, Suffolk, 1994, 55. o.

⁸ Vö. „A betegségek, amelyeket az orvosi szakma elkülönített, megnevezett és osztályozott, a halál előrenyomuló hadseregének előőrsei voltak. Amint ezt a hadsereget sikerült egységekre szétválasztani, lehetett egységenként harcolni ellenük, ahogy éppen jöttek.” Bauman, Z.: *Biológia és modernitás: kereszties hadjárat az egészségért*, in: *Magyar Lettre Internationale* 31 (1998), 68–71. o.

⁹ Vö. „Szemben a rutin más aspektusaival, amelyek pusztán szokások, a kis betegség élménye veszélyt és figyelmeztetést foglal magában: a közönséges bajok komoly betegségekhez vezethetnek [...] a nagybetűs Betegség felé tett első lépéseket jelentik.” Melucci, A.: *The playing self. Person and meaning in the planetary society*, Cambridge, 1996, 76. o.

kailag uralható testi folyamatokba vonja be – a betegségek mellett – magát a betegségek következményének tekintett halált is. Ha felszámolhatók a betegségek, akkor megszüntethető a halál is.

„...a halál technikai kérdéssé vált, felbecsülése az orvosi szakma kezébe került; hogy mi a halál, annak az eldöntésévé vált, hogy milyen ponton kell egy személyt halottként kezelni, tekintettel a testi funkciók különböző típusainak megszűnésére.”¹⁰

A halál medikalizációja ennél fogva – nagy leegyszerűsítéssel – a medicina szempontjából egy kettős külső és belső folyamat eredménye: a halál elfogadhatatlanságának nagy modern projektuma beszorítja a halált a medicina fennhatósága alá, amely uralkodó biomedikális attitűdje miatt az élet biológiáira való leegyszerűsítésével azt technikailag kezelhetőnek láttatja. Egy összkulturális vágy a medicinában látja a reményt beteljesülése lehetetlenségének elrejtésére.

„...ennek a folyamatos modernista haláldekonstrukciónak a következményei a mai posztmodern zsákutcába vezetnek, amelyben a haldokló páciens két rossz közötti csapdába kerül: az egyik oldalon van a lélegeztetőkészülékek, a sebészeti eljárások és a szervátültetések elszabadult orvosi technológiája, amely a testeket végtelenségig életben tartja, és – ha ez a kilátás nem eléggé rémisztő – a másik oldalon az ilyen megalázó, orvosilag fenntartott szenvedés egyetlen alternatívájaként egy érthető, de vakmerő közös igény jelenik meg: az orvos közreműködésével véghezvitt öngyilkosság iránti.”¹¹

A halál megszüntetésének lehetetlen projektuma egyszerre éltetője a kortárs nyugati medicinának, de egyben a benne és körülötte támadt rossz közérzet egyik fundamentális okozója is.

¹⁰ Giddens, A.: *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*, Stanford, 1991, 162. o.

¹¹ Morris D. B.: *Illness and culture in the postmodern age*, Berkeley, 1998, 237. o.

Ha feltámad a kétség, hogy a halál mégsem győzhető le, akkor talán a vele összekapcsolt „kis halálok”, a betegségek sem számolhatók fel. Korunk embere számára ez a következtetés elfogadhatatlan. Csak az egyén halálának leküzdhetőségébe vetett hit adhat reményt arra, hogy ha minden baj, szenvedés végső soron betegség, akkor életünk alapkérdései technikailag kezelhető problémákká alakíthatók át. És ha majd egyszer eljön a „sose halunk meg” korszaka, akkor legfőbb szenvedésforrásunk is elapad. Addig arra kényszerítjük a medicinát, hogy üdvösségünk legfőbb forrásának szerepét öltse magára, hogy a modern életcélt, az életben maradást szolgálja.

Ha „képesek lennénk meghalni”, akkor talán ez a „medikalizáció” szorozat sem jött volna létre.

TÉBOLY, ELMEBETEGSÉG, AGYKÁROSODÁS

„Magyarországon körülbelül hatszázezer ember szenved agykárosodásban (sic!).”

Havas Henrik

Az őrültség és a metaforák

Noha a medikalizáció a maga érett formájában az utóbbi évtizedek fejleménye, mégis talán kijelölhetünk egy előmedikalizációs korszakot is. Erre éppen úgy érvényes a medikalizáció meghatározása: korábban más társadalmi intézményre tartozó életproblémák a medicina felügyelete alá kerülnek. De a kifejtett és az előmedikalizáció között fontos különbség az, hogy az utóbbi korszak a medicina nagy ágazatainak kialakulásához kötődik, míg a mai medikalizáció már a berendezkedett medicina kiterjesztését, kiterjedését jelenti. A korábbi medikalizációs törekvések ma úgy jelennek meg a számunkra, mint a nyelv „halott metaforái”. A halott metafora olyan „hasonlat”, amely a köznapi használatban rögzített értelmet nyert, így metaforikus jellege eltűnt. Az „érezem, ahogy az adrenalin szétárad a testemben” metafora ma még mindenki számára eleven. Az adrenalin „szétáradása” a feszültségteli felhangoltság érzésének metaforikus kifejezése. Ha azt mondjuk – éppen nyáron aktuálisan –, hogy kimerültem, elutazom feltöltődni, akkor az, hogy ebben a kifejezésben az akkumulátorhoz hasonlítjuk magunkat, már elhalványulóban van – a metafora haldoklik. De mi a helyzet az „asztallábbal”? Ebben az esetben a metafora már halott; az asztalnak az a bizonyos alkatrésze eredetileg csak hasonlít valamely élőlény lábához, de már ez a „csak hasonlít” érzés eltűnt. Az asztalláb halott metaforává vált.

Maga ez a rövid nyelvészkedés is metaforául szolgál az előmedikalizációs események és a késő újkori medikalizáció megkülönböztetésére. Mindannyian érezzük – utalva sorozatunk korábbi írásaira –, hogy a gyermeki rosszasság vagy a szexuális vágy időskori csökkenése, noha úton vannak az orvosi felügyelet felé, új helyzetük mégsem vált magától értetődő-

vé. Még élő metaforákként működnek. A közvélemény még inkább hasonlatként fogja fel ezeket: olyanok, mint a betegségek, de medikális tartalmuk még nem vált egyértelművé.

Éppen a modern medicina kialakulása idején jöttek létre olyan szakterületek, amelyek korábban nyilvánvalóan más társadalmi intézmények és „filozófiák” által kezelt problémákat vontak medikális fennhatóság alá. Ezek közül talán a két legnyilvánvalóbb a terhesség, a szülés-születés és a téboly. Mind a kettő ma olyan emberi problémákkal foglalkozik, amelyeknek nagyrészt csaknem olyan nyilvánvalósággal nem tartoztak korábban az orvoslás területére, mint amilyen magától értetődőséggel ma orvosi kérdéseknek tűnnek fel a laikusok számára is.

Az elmebetegség ma a modern medicina egyik legjelentősebb „halott metaforája”.

Az őrültség mint határhelyzet

A téboly az úgynevezett határhelyzetek egyike. A határhelyzetekben az emberi létezés legmélyebb problémái közvetlenül nyilvánulnak meg.¹ A téboly olyan alapvető egzisztenciális és etikai kérdéseket vet fel, mint: Kik vagyunk valójában? Mi a személyiség? Mi a viszonya a racionalitásnak az irracionalitáshoz lényünkben? Vajon az őrült nem egy másik, esetleg transzcendens világról tudósít-e? Van-e értelme a téboly nyelvének? Tudósít-e a téboly egy racionálison túli világról, vagy csak az agy kémiájának sajátos konstellációja? Mi az elme és a test közötti viszony? Az elme, a személyiség pusztán az agy működésének mellékterméke-e; azonos az agy működésével vagy attól független? Felelőssé tehető-e az őrült cselekedeteiért? Isten üzeneteinek hordozója, esetleg bűnöző, aki közösségét fenyegeti vagy beteg ember, aki orvosi segítségre szorul? Lehet-e róla nélküle döntéseket hozni, elvehető-e tőle önmagáért viselt felelőssége? Legitimek-e az őrült

¹ A fogalom Karl Jasperstől származik, mégis – a rövidség kedvéért – itt nem őt idézem: „A »határhelyzet« olyan esemény, sürgető élmény, ami arra sarkallja az egyént, hogy szembesüljön egzisztenciális »helyzetével« a világban.” Yalom, I. D.: *Egzisztenciális pszichoterápia*, Budapest, 2006, 130. o.

döntései? Be kell-e zárni, el kell-e különíteni – állítólagos veszélyessége miatt – a társadalom normális részétől, vagy ellenkezőleg, integrációjára kell törekedni? Ki mondja meg és milyen alapon, hogy mi a normális és mi a patológikus az emberi viselkedésben? Az őrült viselkedését kell-e befolyásolni vagy testi működését? Milyen társadalmi intézmény foglalkozzon az őrülttel: a család, az egyházak, a börtönrendszer vagy az egészségügy? Melyik legyen ezek közül a domináns?

A modernitás azonban – és különösen késői korszakában – úgy működik, hogy a mindennapi biztonság érzetét részben azzal tartja fenn, hogy ezeket az egzisztenciális kérdéseket, határhelyzeti dilemmákat kizárja, viszszaszorítja a társadalmi kommunikáció szintereiről.²

A medikalizáció e folyamat fontos aspektusa. Ha a téboly – megfosztva egzisztenciális, szociális, kulturális kontextusaitól – agyi-természeti folyamatokra redukálható, akkor az általa felvetett határhelyzeti dilemmák maguktól eltűnnek. Nem is beszélve arról, hogy egyik legfőbb vonásuk, végső megoldhatatlanságuk, állandó élethez tartozásuk megszűnik, és technikailag kezelhető problémákká alakulnak át – vagy legalábbis ezzel kecsegtet az agykárosodás koncepciója.

A tébolyultból agybeteg

A pszichiátria XIX. századi születésének – mint előmedikalizációs jelenségnek – alapvetően kétfajta interpretációja lehetséges. Úgy is felfogható, hogy a pszichiátriában mint medikális specialitásban az őrültség megtalálta a maga igazi helyét mind a róla való tudást, mind kezelésének társadalmi intézményét tekintve.

De lehetséges egy másik interpretáció is, amely az őrültség és a pszichiátria viszonyát szorosabban köti a történeti „itt és most”-hoz; nem tekint a pszichiátria és az őrültség viszonyát egy folyamat lezárulásának, a

² Vö. „...a modernitás által – a mindennapi rutin szintjén – megszerzett ontológiai biztonság a társadalmi életből azon alapvető egzisztenciális kérdések kizárásától függ, amelyek az emberek számára központi erkölcsi dilemmákat fogalmaznak meg.” Giddens, A.: *Modernity and self-identity, self and society in the late modern age*, Stanford, 1991, 156. o.

téboly történelme végének, hanem csupán az örültség története egyik állomásának. A két felfogás közötti alapvető különbség alighanem alapvetően az, hogy az első az örültség nyugati társadalmakbéli sorsát az általános fejlődési folyamat, a haladás részének tekinti, és a pszichiátria megjelenését mint e folyamat csúcát és befejezését fogja fel. Az utóbbi pedig a fejlődést csak egy – noha jelentős – szempontnak tekinti e folyamatban, és inkább az örültség társadalmi történetét egy megoldhatatlan probléma megoldási kísérletei sorozatának értékeli, amelyben éppen megoldhatatlansága miatt nem lehet a végső szót kimondani.

Mindenesetre a XIX. század előrehaladtával egyre sürgetőbbé vált az örültség szakmai és intézményi besorolása. A racionalitás uralmát kiterjeszteni akaró modern *zeitgeist* éppen a racionalitással szembeni legnagyobb botrányt jelentő tébolyt ne akarta volna megzaboláznii!? A kérdés csak az volt, hogy melyik legyen az a tudásfajta, amelyik a legjobb megoldást kínálja, és melyik az a társadalmi intézmény, ami az így felkínált programot végrehajtja? Ez a kérdésfeltevés egyben arra is utal, hogy a XIX. században sajátos „közbeszerzési pályázatot” írt ki a nyugati civilizáció a téboly racionális kezelésének és felszámolásának projektumára. És az nyert, aki a legígéretesebb és a legplauzibilisebb pályázatot nyújtotta be. A medicina győzelme e pályázatban ma már természetesnek tűnik – mára halott metaforává vált. Hogyan is lehetett volna másként? – kérdezhetnénk. Ám akkoriban az örültség definíciójáért különböző társadalmi intézmények versengtek, a lélek feletti fennhatóság még nem dőlt el. Jelentések, értelmezések roppant ambivalens hálózatában hanykolódott. A mindennapi „népi pszichológiában” állandóan használt fogalom volt, de hagyományosan a valáshoz, az egyházakhoz szoros szálak fűzték, és ekkoriban ezek éppen a tudás területein a tudománnyal szemben „vesztésben voltak”. A lélek ilyen, a vallással való túl közeli asszociációja egyben leértékeltte azt a tudásformát, amelyhez kötődött; nem lehetett vele túl magasra jutni a tudományok hierarchiájában. Ugyanakkor a lélek még őrizte platonikus-keresztény hagyományos besorolását is: romolhatatlannak, halhatatlannak hirdették, szemben a romlandó, betegségekkel sújtott testtel.

A lélekgyógyászat abban a korszakban jött létre, amikor a lélek saját jogán éppen elillanni látszott a legitim, tudományos tudás szférájából; és problémái egy olyan tudásfajta és intézmény – a medicina – alá kaptak társa-

dalmi és intézményes besorolást, amely kezdeti és régen várt sikereit éppen kompromisszumokat nem tűrő materializmusra alapozva aratta.

A pszichiátria mint medikális szakterület, amint megszületett, magában hordozta azt az ellentmondást, hogy medikális ágazatként meg kellett, hogy tagadja a lelket mint tevékenysége „tárgyát”, miközben lelkes és elkötelezett képviselői azzal a mérhetetlen „szenvedéstömeggel” szembesültek, amelyet a „lelki betegségek” idéztek elő. A griesingeri „az elmebetegség az agy betegsége”³ bejelentés a gordiuszi csomót látszott elvágni, és egyben ideológiailag megalapozta az orvosi szakma igényét a téboly racionalizálására és felügyeletére. Ha az örültség az egyéni test egyik szervének, az agynak a patológikus elváltozására vezethető vissza, akkor csak az orvosi szakma kaphatott autoritást az immár agybetegség felett. De ezzel az örültség rejtélyének megoldása, noha reményteljes fordulatot vett, de azóta sem vált a megoldássá.

Az időközben a nagyközönség számára halott metaforává vált posztulátumot újra és újra kritikusok veszik vizsgálat alá, hogy rámutassanak: a metafora életre lehelhető, azaz kimutatható, hogy „csak” metafora. Talán sohasem válhat – természetéből adódóan – az örültségből igazán halott metafora.

A tébolyult szenvedése valóságos, ám hogy mi a szerepe a medicinának ennek enyhítésében, ez ma is viták tárgya. A pszichiátria a modern medicinának az a specialitása, amely a leginkább rá van kényszerítve arra, hogy saját alapjaira reflektáljon; hogy a neurológiában való feloldódás és a téboly nem medikális kezelési alternatívái között utat találva, szinte évtizedről évtizedre újra meghatározza identitását.

A tébolyult vagy az örült kifejezéseket ma éppen nem „komoly” értelmükben használjuk, hanem csak mindennapi ostobaságaink, ésszerűtlenségünk cselekedeteink megbélyegzésére. A „valódi”, a „komoly” tébolyultakból elmebeteg lett. De hogy a téboly – a mottóban szereplő módon – pusztán agykárosodás lenne?! Nos, ehhez még szoktatni kell az elménket.

Vagy az agyunkat?

³ Gilman, S. L.: *Disease and representation*, Ithaca–London, 1989, 184–185. o.

A „TÖRVÉNYEN KÍVÜLI” SZOMORÚSÁG

„Az igazság pedig ez: nyomorultaknak kell lennünk, és azok is vagyunk.”

Arthur Schopenhauer

A mottóban szereplő „igazság” meglehetősen korszerűtlennek tűnik fel manapság. Egy dekadens kor szülötte, amikor az értelmiség „vevő volt” a világfájdalomra, és *Schopenhauer* olyan írásokkal lehetett emblematikus figurája a „zeitgeistnak”, mint *Az élet semmiségéről és gyötrelméről* című. Hol vagyunk már ettől?! A dekadencia hedonizmusba váltott át, nem felszámolva, meghaladva, inkább csak maszkírozva, álcázva az üresség alapélményét. Az életet szenvedésfolyamként felfogó schopenhauerizmust felváltotta a „Be happy!” és a „Keep smiling!” attitűd.

Mindenesetre, több jel mutat arra, hogy a „felhőtlen boldogságot” preferáló mai nyugati társadalmak polgárai egyre boldogtalanabbak. Pedig kinyilvánított vágyaik megvalósulni látszanak. Az anyagi javak egyre nagyobb bőségben állnak rendelkezésre. Ezek gyarapításában látta és látja életének értelmét – divatos kifejezéssel –, életének legfőbb projektumát civilizációnk embere. De paradox módon a materiális bőség mintha egyre nagyobb lelki kielégületlenséget termelne. A szomorúság, a kedvetlenség, a céltalanság, az értelmetlenség, az otthontalanság életérzése járványos méreteket öltött.

Egyelőre azonban a válasz erre a problémára nem a Nyugat modern folyamatainak újragondolása, a modern projektum újratervezése, hanem a reménytelenséget okozó konstelláció továbbérettetéseként: a szomorúság medikalizálása.

E megoldási kísérlet első mozzanata a verbális, nyelvi előkészítés.

„Amikor minden túlságosan összetetté válik, akkor megjelenik egy paranoid típusú válaszhoz való visszahátrálás, amelynek lényege az összetettség tagadása.”¹ A paranoid személy egyetlen úgynevezett téves eszmére vezet vissza életének minden problémáját. És noha némelyek közülük elme-

¹ Healy, D.: *The antidepressant era*, Massachusetts–London, 1997, 263. o.

osztályhoz kötve töltik életük java részét, mások azonban nagyon hatásos elméletekkel veszik rá embertársaikat bizonyos életmódok követésére. A késő modern társadalom polgára különösen fogadókész az életproblémák leegyszerűsítésére, a gyors megoldásokra, a „quick fix”-re. A lelki fájdalom sokszínűsége így egyetlen érzésre, állapotra redukálódik. Elhalványodnak, háttérbe szorulnak olyan „hangulatok”, mint a csalódottság, a reménytelenség, a kedvtelenség, a bánat, a kétségbeesés, és helyüket mindent legyűrő orvosi képletként a depresszió veszi át. A *Rolling Stones* „Fesd feketére!” dala talán csak egy hangulati színt jelenít meg „az élet fekete” metaforával, a legmélyebb szomorúságot, ahol minden egyöntetűen sötétté válik. De mintha ez a szín onnan a mélyből kiindulva tovaterjedne, és a társadalmi szintéren a depresszió fogalmában magába olvasztaná az összes rossz hangulat árnyalatait. Ha nem örülünk, akkor „depik” vagyunk, a többi kifejezés csak szócséplés, velük nem jutunk közelebb – vélik sokan – a megoldáshoz, rossz kedvünk felszámolásához. Mert megoldásnak lenni kell...

Fesd feketére! – (Paint It Black)

Zene és szöveg: Mick Jagger& Keith Richard. Fordította: Földes László

*Látok egy vörös ajtót, feketére fessék,
Váljék most feketére minden színes festék!
Látok boldog lányokat nyári ruhában,
A fejem elfordítom, szemem éjszakában.
Látok egy sor autót feketére festve,
Itt állok, nézek vissza múltó szerelmemre,
Emberek jönnek és csak a sűrke földet nézik,
Megszoktam régen, hisz ezt látom mindig.
Magamba tekintek és látom ott, legbelül,
Egyetlen vörös ajtóm hamvad, megfeketül,
Nincs többé – ha eltűnök – a mások élete,
Oly nehéz elviselni, az élet fekete!
Álmomban nem láthatom többé kék szemedet,
Előre nem tudhattam, ez történik veled,
Ha belenézek vérző, lemenő napomba,*

*Szerelmem velem együtt hullik a múltba.
Nem látlak baby, nem nem,
A babák, a babák, legyenek feketék,
A napot, a napot is fesse le az ég...
Koromfeketék, szénfeketék...
A babák is legyenek feketék!*

Ha sikerült egyetlen fogalomba sűríteni megannyi fájdalmas hangulatunkat, akkor nyilván e szó mögött a neki megfelelő egyetlen valóságos létező áll, éppen az, amelyet a szó csak leír, jelez. Ha pedig lelki-magatartásbeli problémáról van szó, akkor csak az agy és annak kémiai zavara jöhet szóba lehetséges probléma és betegség forrásaként.

Amikor Esquirol (Schopenhauer kortársa) az addig oszthatatlannak tekintett lélek, következésképp az oszthatatlannak tekintett örültség felfogását feladva bevezeti a *lypemia* (lypos = szomorúság) fogalmát, akkor tulajdonképpen a depresszió modern tudományát alapozza meg.² Így már lehetővé vált az érzelmek tudományos taxonómiájának megalkotása, és ezzel az érzelem, a hangulat megbetegedésének lehetősége is. Ez közvetlen előkészítést jelent a diszkrét betegség medikális modelljének, ahol az egyedi ok egyedi anyaggal kezelhető.³ A komplex lelki – egy redukációs folyamat révén – diszkrétan agyivá fogalmazódik át. A depresszió olyanná válik ebben a szemléletben, mint a bakteriális fertőzés: egyetlen materiális oka egyetlen határozott kezelési módszerrel felszámolható.⁴ Az ennek a képletnek megfelelő legutolsó felfogás szerint, a szerotonin nevű neurotranszmitter hiánya a depresszió alapja, következésképpen mennyiségének növelése a depresszió gyógyításának legjobb módja.

E nézet kritikájának nagyjából két fő iránya jelenik meg az irodalomban. Az egyik elismeri a depressziót mint klinikai kórképet, de nem fogadja el, hogy a „mindennapi boldogtalanság” és a depresszió egyetlen kon-

² Healy 1997, 33. o.

³ Vö. Gardner, P.: Distorted packaging: marketing depression as illness, drugs as cure, in: *Journal of Medical Humanities* 1–2 (2003), 105–130. o.

⁴ Vö. Healy 1997, 101. o.

tinuumon helyezkedik el,⁵ azaz hogy a depresszió súlyos boldogtalanság, illetve hogy a boldogtalanság, a szomorúság enyhe depresszió lenne. És miközben támogatja a klinikai depresszió biomedikális kezelését, elveti a szomorúság medikalizálását.

A másik kritikai felfogás radikálisabb a depresszió medikalizálásának bírálatában, minthogy nem fogadja el az agyi kémiai okok elsődlegességének tételét, és a depresszió jelenségének súlyosbodását társadalmi-kulturális tényezőkre vezeti vissza.

Tulajdonképpen ezt képviseli Oliver James *Britain on the Couch* című sikerkönyve, amelynek tárgya az alacsony szerotoninszintű társadalom: a depressziós jólét társadalma. A szerotoninszint társadalmi méretű, utóbbi évtizedekben végbemenő csökkenése „laboratóriumi tény”, de a szomorúság növekedése nem biológiai, hanem társadalmi folyamatok eredménye: „...úgy lehet, hogy többünknek alacsony szerotoninszintet okozó neveltetése volt. [...] Az olyan új szülői viselkedésminták, mint a válaszok növekvő száma, vagy az iskolai siker erőltetése, majdnem bizonyosan növelte azoknak az arányát, akik gyermekkorukból az alacsony szerotonin magas vagy közepes kockázatával kerültek ki 1950-nel összehasonlítva. [...] a társadalom érzelmileg toxikusabbá vált a felnőttek számára.”⁶

A biomedikális magyarázat ezek szerint akár félrevezető is lehet. Azt láttatja, hogy egy kémiai anyag jelenlétének növelése vagy csökkentése egyszerű csodaszerként megoldja a depresszió és a szomorúság kulturális mértékű problémáját. Ha azonban a depresszió a megghiúsult remény és az életünk feletti kontroll elvesztésének⁷ „meggyászolása”, akkor a szomorúság medikalizálása csak látszateredményekre vezethet.

„Ha a boldogtalanság – kezelésével együtt – kémiai vagy biológiai jelenség, akkor az embernek nem kell megkérdeznie önmagától: »Miért vagyok boldogtalan?« A múltban ez a kérdés komoly elmélyülésre és önvizsgálatra késztetett, minthogy a boldogtalansággal való megbirkózásra tett erőfeszítés az élet és a lét nagyobb kérdéseibe olvadt bele. A vallás és a

⁵ Dworkin, R. W.: *The medicalization of unhappiness*, 2011, www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication_details&id=911.

⁶ James, O.: *Britain on the couch. Why we're unhappier compared with 1950, despite being richer. A treatment for the low-serotonin society*, London, 1998, 8–9. o.

⁷ *Is depression a disease?* Tévévita, New York, 1998. március 31.

filozófia megkövetelték az emberektől, hogy egy nagyobb valami részének tekintsék magukat, és azt tanították, hogy a boldogság nem egyszerűen az önös elégedettségtől függ. De ha a boldogság tudományos törvény, akkor az embernek nem kell keresztülmennie ezen a megrázó élményen. A kémiai szerek révén az ember egyedi, elszigetelt individuummként is megtalálhatja a boldogságot.”⁸

Ebben az esetben az orvostudomány két alapeszméje: a szenvedés enyhítésének követelménye és ennek igaz tudásra alapozott eszközökkel való végbevitelének ütközik egymással. A biomedikális eljárással az orvos szelektált tudást alkalmazva részleges enyhülést azzal ér el, hogy azok a boldogtalan emberek, akik „gyógyszert szednek mindennapi boldogtalanságukra, belső békét nyernek, de ezt tudatosságuk csökkenése révén érik el.”⁹

Nem is szólva arról, hogy felbukkan és megerősödik a „kozmetikai farmakológiának” nevezett jelenség: a gyógyszer immár nem terápiás célokat szolgál, hanem a még jobb közérzet elérését favorizálja;¹⁰ nem a szenvedést enyhíti, hanem a megelégedettség érzését növeli.

És hogy a helyzet még bonyolultabb legyen... Lehet, hogy ezek a „csodagyógyszerek” kikiáltott vegyületek nem is olyan hatékonyak, mint ahogy propagandájuk állítja. A *New York Times* publicistája például így foglalja össze az erre irányuló vizsgálatok tapasztalatait: „Még a felnőttek esetében is az SSRI-k¹¹ csak szerény előnyöket nyújtanak. Körülbelül a felnőtt-tesztek felében a gyógyszerek nem bizonyultak hatékonyabbnak, mint a placebo. Széles körben használt skálán a depresszió tüneteit átlagosan 41%-kal csökkentették, szemben a placebót szedők közötti 31%-kal...”¹²

A szomorúság medikalizációjával kapcsolatos kételyek nemcsak a szakirodalomban bukkannak fel, hanem olykor a segítséget kérő páciens is el-

⁸ Dworkin 2001.

⁹ Dworkin 2001.

¹⁰ Fukuyama, F.: *Poszthumán jövődönk*, Budapest, 2003, 68. o.

¹¹ Selective serotonin reuptake inhibitor. Például Prozac, Zoloft, Seropram. Egyáltalán nem állítom, hogy az efféle szerek körüli vitát ez a rövid idézet megnyugtatóan lezárja. Mégis figyelemre méltó, ahogy az e vegyületekkel kapcsolatos tíz-tizenöt évvel ezelőtti lelkesedés – tesztek által is alátámasztottan – székszisbe fordul.

¹² Harris, G.: Debate resumes on the safety of depression’s wonder drugs, in: *New York Times*, 7. August 2003.

lenáll a szakember technikai definíciójának. Egy alkalommal egy páciens így dacolt:

„Ne mondja nekem, hogy depressziós vagyok, a szomorúságról akarok beszélni. Ha a depresszióról beszélek, akkor Ön a szakértő. Ha a szomorúságról beszélek, akkor én vagyok a szakértő.”¹³

¹³ *Is depression a disease?* Tévévita, New York, 1998. március 31.

„CSAK AKKOR LESZEK BOLDOG, HA MEGSZABADÍTANAK AZ EGÉSZSÉGES LÁBAMTÓL!”

„Kezdjük megérteni, hogy az apotemnofiliások azért halnak meg, mert hiányzik az az orvosi gondoskodás, amely ahhoz lenne szükséges, hogy teljes életet éljenek.”

Elizabeth Kübler-Ross

A hihetetlen betegség

Az orvos vagy a terapeuta első reakciója szinte mindig elutasító: „ilyen nem létezik”, „ne bolondozzon velem”, „majd kinövi”. A páciens pedig jól szituált, középosztálybeli (többnyire) férfi vagy nő¹ arról beszél – némiképp maga is azonosulva partnere hitetlenségével –, hogy gyermekkorától állandó, noha hullámzó, legyőzhetetlen vágy győtri, hogy megszabaduljon egyik vagy mindkét lábától, amelyek egyébként „a józan ész” szerint egészségesek, ám neki idegenek, nem képezik testének részét, amelynek határai valahol a térde(i) alatt vagy a combja(i)nál végződnek.

Ezek az emberek tehát komolyan szenvednek, és minden módot megragadnak szenvedéseik enyhítésére: ha nem segít az orvos, akkor lőfegyverrel ejtenek súlyos sérülést a lábukon vagy vonatsínre fekszenek stb., csak azért, hogy az amputáció orvosilag indokolt legyen. Esetleg kuruzslóhoz vagy áldoktorokhoz fordulnak, akik jó pénzért elvégzik a műtétet, amelynek a következményeibe a beteg bele is halhat.²

A skóciai falkirki kórház sebésze, Robert Smith elvégzett néhány ilyen műtétet, majd a nyilvános vita nyomására a kórház leállította az amputációkat. Ezzel szinte a végső kétségbeesésbe hajtotta a műtétre várakozó-

¹ „...a férfiak sokkal gyakrabban érintettek, mint a nők, de az arány nem meghatározott.” BIID Basics, www.Biid.org/BIID%20Basics.htm (utolsó hozzáférés dátuma: 2003).

² „1998 májusában egy 79 éves férfi New Yorkból Mexikóba utazott, és 10 000 dollárt fizetett egy feketén elvégzett lábamputációért; üszkösödésben halt meg egy motelben.” Elliott, C.: *A new way to be mad*, 2000, www.theatlantic.com/issues/2000/12/elliott.htm.

kat. Az amputálásokat elvállaló sebész azzal indokolta döntését, hogy a páciensek nagyon eltökéltek, és ha ő nem lenne hajlandó szakszerűen elvégezni a műtétet, akkor a betegek önmaguk ellen fordulnának.³ Ragaszkodott azonban ahhoz, hogy két pszichiáter előzetesen javasolja a műtétet mint egyedül hatékony gyógymódot.

Egy betegség születésének kínjai

Sorozatunk szempontjából különleges helyzetben vagyunk, amikor ezt a jelenséget szemléljük: egy betegség születéséhez asszisztálunk. Már szülőcsatornában van, de még nem bújt ki, már működnek azok a kulturális-intézményi mechanizmusok, amelyek egy új betegség megalkotásához kellene, de még nem látszik a végeredmény. A névadó szülők még nem egyeztek meg a jövővény nevében. Olykor apotemnófiának, olykor *body integrity identity disorder*nek hívják, de felmerültek más kategóriák is. Hasonlítják az anorexia nervosához vagy a transzszexualitáshoz, olykor felmerül a perverziókhoz vagy a depresszióhoz, esetleg a kényszeres zavarhoz való besorolás is.

A „nem tudjuk, mi ez; nem tudjuk, honnan jön; és nem tudjuk, mit kezdjünk vele” szakmai álláspont arra utal, hogy a medicina és a társadalom viszonyának legmélyebb kérdéseit „karcolja meg” az „úgy leszek egész, ha megcsonkítanak” törekvése.

A legfontosabb ellentmondás minden bizonnyal a páciensek gyötrő vágya és az orvoslás alapvető etikai normái között feszül; ütközik egymással a szenvedőn való segítség és az egészség megőrzésének, illetve helyreállításának parancsa. Az orvos – joggal – visszahőköl az olyan elvárástól, amikor a „Ne árts!” és az „Enyhítsd a szenvedést!” parancsának a test csonkolása révén kellene megfelelni; amikor a lelki egyensúly az egészségesnek tekintett test „megbetegítése” révén látszik helyreállíthatónak.

A páciens szempontja, különösen a fogyasztói társadalom nyelvén, egyszerű és érthető: „Nagyon vágyok arra, hogy levágják a lábam, és keresek egy szakembert, aki ért ehhez, és többé-kevésbé biztonságosan kielégíti a vá-

³ *Complete obsession*, BBC/Discovery Channel Co. Production, 2000.

gyamat.” A sebésznek ebben az esetben olyannak kellene lennie, mint egy szupermarket kiszolgálójának: technikai tudása révén kedvébe kellene járnia a „kedves vevőnek”. Igen ám, csakhogy a sebész *homo medicus*ként nem egyszerűen technikai szakértelmét működteti, hanem – mindenekeelőtt – morális küldetést teljesít, amelynek alapelvei, legalábbis részben, ütköznek a páciens vágyának teljesítésével. A sebész bizonyos értelemben abszurdnak látszó feladatnak kell hogy megfeleljen, amikor ép testrészt mentális gyógyítás céljából eltávolít. Ez különösen aggasztó lehet számára abban a modern medicinában, amelyben a sebészet és a lélekgyógyászat úgyszólván az orvosi szakmák két végpontját jelentik. Ha a sebész elutasítja a műtétet, akkor ez egyben azt is jelenti, hogy elutasítja e vágy medikalizációját.

Mondhatnánk erre, hogy ha a probléma a lélekgyógyászat területén belül marad, az attól még medikalizációt jelent. Csakhogy a pszichiátria és a pszichoterápia sem tud nagy ambivalenciák nélkül részt venni a játszmában. Ez részben abból a feltűnő jelenségből látszik, hogy a lelki problémák iránt egyébként szakmailag oly fogékony közösség képviselői szinte kivétel nélkül osztoznak a laikusokkal és más szakmabeliekkel a jelenség elutasításában, és hitetlenkedve, vonakodva vállalják fel a terápiát. Nem könnyíti meg helyzetüket az az ismét csak meghökkentő jelenség, hogy ezek a páciensek – olykor évekig tartó – pszichoterápiáikban éppen erről a kínzó vágyukról nem számolnak be. Végül a pszichoterápia és gyógyszeres terápia helyzetét talán leginkább az nehezíti meg, hogy ez idáig nem létezik egyértelműen sikeres eljárás az apotemnófia kezelésére. A vágy erejét ideig-óráig lehet csökkenteni kognitív, behavior vagy pszichoanalitikus terápiával, esetleg antidepresszánsokkal, de a vágy megújult erővel mindig visszatér, és végül a páciensek önmaguk számára szinte kizárólag csak a sebészi beavatkozást „írják fel” és vetítik előre kívánatos megoldásként.

Amikor nem a medicina medikalizál

Az éppen csak megindult folyamat⁴ eddigi története azt mutatja, hogy a medikalizáció egy igen ritka „példányára” bukkantunk. Nem az egészségügyi rendszer, és nem is az egészségipar fektette le az alapokat, hanem maguk a jövőendő páciensek az internetes beszélgetőfórumokat használva. (Ebből is látszik, hogy a medikalizációnak a medicina csak az egyik résztvevője.) Így derült ki, hogy nem elszigetelt esetekről van szó, hanem több száz, esetleg több ezer leendő páciensről. Az orvosi szakma vonakodása pedig egyenesen szemet szűrő. És éppen ez az, amiért a medikalizáció folyamata a falkirki kórház döntésével megakadni látszik – legalábbis egy időre.

Ugyanakkor igen valószínű, hogy lassanként szakmai konszenzus alakul ki a betegség noszológiáját illetően, talán a DSM V-be is bekerül, és akkor legitim betegséggé válva immár nyitva áll az út akár még a sebészi beavatkozások előtt is. A „hurokeffektus” pedig biztosítja a növekvő számú páciens: „Ha az embereket bizonyos módon osztályozzák, akkor hajlamosak megfelelni annak vagy belenőni abba, ahogy leírják őket.”⁵

Ez talán választ ad arra a jelenségre is, amit a szakirodalom „ritka, de növekvő számú” betegségként szokott emlegetni. Az apotemnofíliások számát alig tudják megbecsülni, de a rendkívül ritkának hitt „betegségben” szenvedők számát azonnal magasabbra tették, amint internetes aktivitásukkal „előbújtak a sötétből”. Egy beszélgetőhelyre 1400-an iratkoztak fel.⁶ Már az is olvasható, hogy a lakosság 1–3%-a szenvedhet ettől a bajtól,⁷ ami a szkizofréniához teszi hasonlatossá elterjedtségét. Ez utalhat arra, hogy a „betegség” eddig lappangott, és az emelkedő szám a már meglévő, csak éppen most napvilágra kerülő eseteket jelzi. De a medikalizáció szempontjából egy ennél talán plauzibilisebb megfontolás is lehetséges, éppen a „hurokeffektusból” kiindulva.

⁴ A szakirodalom szegényessége jól jelzi, hogy még csak a folyamat elején vagyunk. Ráadásul a hozzáférhető információk nagy része az interneten található.

⁵ Hacking, I.: *Rewriting the soul*, Princeton–New Jersey, 1995, 21. o.

⁶ Elliott 2000.

⁷ Furth, G. M. és Smith, R.: *Amputee identity disorder. Information, questions, answers, and recommendations about self-demand amputation*, Bloomington (IN), 2002, 7. o.

„Csak akkor leszek boldog, ha megszabadítanak az egészséges lábamtól!”

„A medicinában az autoritások azok, akik tudnak, az orvosok hajlamosak uralni azt, akiről a tudás szól, a páciens. Az pedig, akire a tudás vonatkozik, úgy kezd viselkedni, ahogy a tudók elvárják tőle. De ez nem mindig van így. Olykor a tudottak saját kezükbe veszik a dolgokat.”⁸

A homoszexuálisok például elérték, hogy diagnózisként kikerüljenek a medikális rendszerből, szemben a poszttraumás zavarban szenvedőkkel, akik nem voltak képesek vagy nem is akarták „lerázni” magukról a nozológiai kategóriát.⁹

Az apotemnófiások – úgy tűnik fel – egy harmadik „taktikát” választanak. Kínzó vágyuk csak a végtagjuktól való megszabadulás technikai lehetőségeire szűkíti be figyelmüket. A műtéthez vezető egész medikális intézményrendszer – beleértve a beteggé minősítést is – mintha csak árucsatolás, valamiféle elkerülhetetlen, de valójában felesleges körítés lenne a számukra: nem betegségüket akarják gyógyítani, hanem vágyukat szeretnék minél hamarabb és egyszerűbben kielégíteni. Ha ehhez a mi társadalmunkban betegnek kell lenni, ám legyen. A terapeuták pedig nem tehetnek mást, mint hogy a páciensek „egyszerű” vágya köré megkísérlik felépíteni a medikális tudást és intézményi apparátust. Ha ez sikerül, akkor az eddigi tapasztalatokból kiindulva nyugodtan megjósolható, hogy az új kórkép növekvő számú pacientúrát hoz létre, mert egyre többen vélik majd magukat ebben a betegségben szenvedőnek. És a jól ismert forgatókönyv szerint kutatások indulnak a mögöttes agyi biokémiai zavar felderítésére, vagy éppen a gyermekkori traumás háttér felvázolására, esetleg a páciens körülölelő szociálpszichológiai viszonyok felderítésére, kinek-kinek kedve szerint. A közönség pedig lassan hozzászokik az „önkéntes rokkantak” jelenlétéhez, mint akiket lehet „bolondnak” tekinteni, de az önkifejezés és az önmegvalósítás sajátos posztmodern bajnokainak is, az individuális szabadság legújabb hőseinek, akik hosszú küzdelem és szenvedés után végre elérik a jól megérdemelt boldogságot.

És ennek az interpretációnak a hiteles megjelenése lesz az a pillanat, amikor megkezdődik a harc eme önkéntes rokkantság demedikalizációjáért...

⁸ Hacking 1995, 38. o.

⁹ Csabai, M.: „Pszichopolitika”. Tények és konstrukciók a lelki zavarok meghatározásában, in: *Café Babel* 43–44 (2003), 63–71. o.

ÖNGYILKOSSÁG VAGY SUICIDIUM

*Minden halálok fejedelme:
A meghívott Halál.*

Ady Endre

Egy pszichiátert valahol a nyugati féltekén ügyeletében konzíliumba hívják a traumatológiai osztályra egy öngyilkosságot megkísérelt pácienshez. Ahogy szakmája és lelkiismerete kívánja, alaposan és hosszan elbeszélget az illetővel. És – némiképp saját meglepetésére is – arra a következtetésre jut, hogy ő semmilyen pszichiátriai betegséget nem tud megállapítani, és a páciens elutasít minden pszichiátriai segítséget. Így arra jut, hogy szakmai szempontból nincs több teendője. Figyelemmel több évtizedes tapasztalátára, ez nem tudható be valamiféle rutintalanságnak vagy felkészületlenségnek. Mindenesetre, amikor ügyelete végeztével beszámol az „esetről” kollégáinak, azok értetlenül állnak „passzivitása” előtt, és magától értetődőnek veszik, hogy az ilyen beteget „át kell venni”, és – akár annak akaratára ellenére – gyógykezelésnek kell alávetni.

A példa azt mutatja, hogy az öngyilkosság kulturális-társadalmi kezelésében kettős tendencia mutatkozik meg. Az orvoskollégák attitűdje az öngyilkosság előrehaladott medikalizációjára utal – legalábbis abban a szakmai közegben; ők nyilvánvalónak tekintették, hogy az öngyilkosság nem más, mint suicidium, azaz orvosi probléma, amelyet kórházi körülmények között kell kezelni. Az ügyeletes pszichiáter attitűdje ezzel szemben ennél összetettebb volt: elfogadta, hogy orvosként öngyilkoshoz hívják, hogy szerepe lehet a segítségnyújtásban, de hagyott helyet az öngyilkosság medicinán kívüli aspektusainak; abból indult ki, hogy nem feltétlenül beteg az, aki öngyilkosságot követ el.

Az öngyilkosság értelmezései

Albert Camus szerint: „Csak egyetlen igazán komoly filozófiai kérdés van: az öngyilkosság.”¹ Ez a kijelentés abban a kulturális periódusban született, amikor az öngyilkosság már jó úton volt afelé, hogy suicidiummá váljon, betegséggé vagy betegségek tünetévé, következményévé. A camus-i posztulátum egy pillanatra kiemelte az öngyilkosságot modern kontextusából, hogy felidézze azokat az időket, amikor öngyilkosnak lenni még erkölcsi tett is lehetett, amikor még nem megtörtént a „beteggel” egy zavart agyi állapot miatt, hanem a személyiség szabad választásából eredő tette volt; a szabad akarat nem megbetegedett szervként iktatódott ki, hogy passzívan kiszolgáltassa az egyént agyi biokémiájának, hanem az öngyilkosság a morálisan élehetetlen élet önkéntes befejezése is lehetett. Nincs itt hely részletes történelmi vagy kulturális összehasonlításra, ezért csak a rómaiak példáját idézzük fel:

„A rómaiak általában az öngyilkosság négy motívumát fogadták el: katonai vereség után a tekintély megőrzése miatt, a kivégzés miatti szégyent elkerülendő, komoly fájdalom és szenvedés bevezése miatt, és a férj vagy az úr iránti lojalitás miatt.”²

Ezek a motívumok azonban csak megalapozták a helyesen végrehajtott öngyilkosságot, de maga a tett is meg kellett, hogy feleljen néhány szabálynak ahhoz, hogy a társadalmi környezet helyeselje a végleg eltávozó cselekedetét. A döntés nyugodt, racionális kellett, hogy legyen. Természetesen lehetett érzelmileg befolyásolt, de a higgadságnak kellett meghatározónak lennie. További fontos feltétel volt a tett nyilvános végbevitel. Előzőleg a halálba menő beszédet tartott hozzátartozói előtt, amelyben megindokolta döntését, vigasztalta őket, és tanácsokat adott a jövőre vonatkozóan.

Különös kontraszt, hogy szemben a rómaiak négy motívumával, a mai felfogás alapvetően nem fogad el semmiféle indokot az öngyilkosságra. A

¹ Camus, A.: *Sziszüphosz mítosza*, Budapest, 1992, 283. o.

² Kapur, N.: *Cato and his heirs: Roman ideals of suicide*, 2000, <http://www.stanford.edu/~nickpk/writings/Romansuicide.html> (utolsó letöltés dátuma: 2004).

kép a mindennapokban talán nem ennyire egysíkú; például vannak, akik a gyógyíthatatlan betegek öngyilkosságát támogató cselekedetnek tekintik, de az ilyen kivétel aligha változtat az általános képen.

Talán még nyilvánvalóbb a különbség a végrehajtás „rituáléját” illetően. Manapság úgy tartják, hogy az öngyilkosság alapvetően irracionális cselekedet; beteg lélek, beteg agy vezérelte hibás reakció. A tettet magányosan, izoláltan, titokban illik véghezvinni. A nyilvánosság nem vehet részt a kivitelezésben, sőt, egyenesen erkölcsi kötelessége mindenkinek, hogy minden körülmények között megakadályozza azt.

Még egy fontos különbséget kell megemlíteni: a modern szemlélet az élet pusztá biológiai hosszát előnyben részesíti a minőségével szemben. A régiek az élet meghosszabbítását önmagában nem tekintették értéknek.³

A suicidium kultúrájának néhány aspektusa

A suicidium mai botrányos mivolta a halál modern elfogadhatatlanságából fakad. A testek feletti kontroll alapfeltétele azok életben tartása.

„A hatalom [...] most már az életre, az élet folyására teszi rá kezét; a halál ettől fogva a hatalomgyakorlás határa, olyan terület, amelyre a hatalom már nem terjesztheti ki fennhatóságát. Ezért válik a halál az élet legtitkosabb, »legmeghittebb« pontjává. Nem csoda, hogy az öngyilkosság – amely valaha bűnnek számított, lévén birtoklása an-

³ „Ily módon a bölcs ember addig él, amíg élnie kell, nem pedig addig, amíg képes. Az foglalkoztatja, hogy hol, kikkel és hogyan fog élni, és mit fog tenni. Mindig az élet minősége fontos a számára, nem pedig az időtartama. Ha lelki nyugalmit sok zavaró körülmény árnyékolja be, elveti az életét; nemcsak végső kényszer hatására, hanem abban a pillanatban, amikor sorsa felől kétségei támadnak, gondosan mérlegeli, nem kell-e azonnal feladnia. Nincs jelentősége számára annak, hogy saját maga idézi fel vagy elfogadja a véget, hogy előbb vagy később történik-e meg: nem fél tőle, mint valami nagy veszedelemtől, senki sem veszíthet sokat apránként. Nem az a fontos, hogy előbb vagy később halunk-e meg, hanem az, hogy jól vagy rosszul; jól meghalni annyit jelent, mint elkülni a helytelen élet veszedelmét. Ezért túlságosan elpuhultnak tartom annak a rhodoszi férfúnak a véleményét, aki amikor a zsarnok ketrecbe záratta, és mint vadállatot tápláltatta, arra a tanácsra, hogy utasítsa el az ételt magától, így válaszolt: »Amíg él az ember,

nak a jognak, amelyet kizárólag az (evilági meg a túlvilági) uralkodó gyakorolhatott – egyike azoknak a magatartásformáknak, amelyek a XIX. század folyamán bekerülnek a szociológiai elemzés hatósugarába; az öngyilkossággal ugyanis a meghalás egyéni és magánemberi joga jelenik meg annak a hatalomnak a határán és hézagaiban, amely az élet felett gyakorolja fennhatóságát.”⁴

Az öngyilkosság feletti kontroll ekképpen a modernitás biokontrolljának a részterülete. Legfőbb intézményének – lévén az emberi test szakértője – a medicina lett kinevezve.

E szerint a biopolitikai logika szerint már nem az a fontos, hogy milyen bonyolult és összetett tényezők játszanak közre az öngyilkosságban; hogy mi az igazság az öngyilkossággal kapcsolatban, vagy hogy mi az öngyilkos igazsága. Azt keresi, milyen eszközök a legalkalmasabbak az öngyilkosság visszaszorítására vagy ellenőrzésére. Az emberi lét komplexitását nem lehet uralni, ezért az öngyilkosság összetett, soktényezős igazsága megbénítaná a kontroll lehetőségét. Szükség van az oksági redukcióra, csupán néhány tényező megnevezésére, amelyek egyben reményt adnak a megoldás biotechnikai eszközökkel való megtalálására.

Az egyszerű megoldás keresésének egy másik iránya is van. A komplex megközelítés egyben társadalom- és kultúrakritikával is fenyeget. A társadalmi viszonyok, a környezet felelősségének a felvetése azonban vagy a probléma megoldhatatlanságát sugallná, vagy társadalmi-kulturális változásokat implicálna. Így az egyén agyi biokémiája nemcsak az egzisztenciális problémák technikai kezelését kínálja fel, hanem annak ideológiai kiterjesztését is. Ha az öngyilkos agybeteg, akkor az öngyilkosságot be lehet zárni a személyiség biológiai testének határai mögé. Így a társadalmi kontextus számba veendő tényezőként mintegy magától elesik, vagy legalábbis háttérbe szorul. Ez a megközelítés jól tetten érhető még az olyan komplexebb felfogásokban is, ahol az okok sokrétűek, de hierarchiájuk csúcán mégiscsak a pszichiátriai betegségek találhatók, és a társadalmi tényezők

remélnie kell!» Lucius Seneca: 70. levél. In: Hoffmann, Zs.: Seneca az öngyilkosságról, in: *Aetas* 1–2 (2000) és www.aetas.hu/2000_1-2/2000-1-2-07.htm.

⁴ Foucault, M.: *A szexualitás története. A tudás akarása*, Budapest, 1996, 142–143. o.

csak ez után következnek az okok fontossági sorrendjében.⁵ Az öngyilkosság ily módon az elmezavarok szorításába került, elmezavar-függeléké vált, mintegy a pszichiátriai betegségekben elősködik.

Mindazonáltal különös sajátossága ennek a konstellációnak, hogy nem volt képes és talán sohasem lesz képes az öngyilkosságot teljesen suidiummá átdefiniálni. A mindennapi attitűd valahogy mindig nyitva hagy egy kis rést az öngyilkosság erkölcsi interpretációja számára. Ezen keresztül azután – egy kis időre megfeledkezve a fő szabályról – beáramlanak a medikalizált felfogás különféle kritikái is.

Betegség vagy reménytelenség

A medikalizációt kritizálók mellett érvelnek, hogy az öngyilkosságra indító legfontosabb tényező a reménytelenség érzése. Ez pedig a modern élet körülményei között egyáltalán nem érthetetlen jelenség. Az elmagányosodás, az egyén izolációja, az élet elsivárosodása, a párkapcsolatok kiüresedése, a hétköznapi lét rutin jellege, az élet értelmére vonatkozó kérdés életmódban, életvezetésben megnyilvánuló megválaszolatlansága, a már-már követhetetlenül gyors technikai, társadalmi változások, az egyén – akár csak rövid távú – jövőjének előre jelezhetetlensége, kiszámíthatatlansága, a munkanélküliségtől, az egzisztenciális zuhanástól való szorongás, a sze-

⁵ „Az elsődleges »betegség« rizikótényezők közül az orvosilag diagnosztizált depresszió mutatkozott a legjelentősebb prediktornak. Az életük során depresszióval kezelt páciensek körében több mint nyolcszor nagyobb az öngyilkossági kísérlet valószínűsége, mint azok körében, akiket még nem kezelték depresszióval. Az öngyilkossági kísérletnek háromszor nagyobb a valószínűsége, ha a családban már volt befejezett öngyilkosság. A másodlagos rizikótényezők csoportját a betegségkategóriákon kívül eső szociális, szociodemográfiai és pszichés tényezők, valamint a negatív életesemények alkotják. Az öngyilkossági kísérletek másodlagos rizikótényezői közül az elemzéseink alapján a kedvezőtlen életeseményeket, a munkaképesség korlátozását, illetve a munkanélküliséget, a reménytelenség érzését és a létminimum alatti életszínvonalat (saját megítélés alapján) emelhetjük ki. Láthatjuk, hogy ezek a tényezők jelentős átfedést mutatnak, az ok-okozati tényezők elkülönítése nem könnyű.” Rózsa, S. és Hajnal, Á.: *Az öngyilkossági kísérletek előfordulási gyakorisága és rizikótényezői a Hungarostudy 2002 felmérés alapján*, 2002, http://www.behsci.sote.hu/%20hungarostudy2002/st_ongyilkosság.htm (utolsó letöltés dátuma: 2004). Lásd még: „– Mennyire helyénvaló, hogy egy pszichiáterrel beszélgetek

mélyiség ontológiai bizonytalanságának nyílt sebként való megnyilvánulása, amelyet más korokban a társadalom védő szövete eltakart, mind-mind olyan tényezők, amelyek elégséges magyarázatul szolgálnak az öngyilkosság reális egzisztenciális lehetőségként való számbavételéhez. Az öngyilkosság medikalizálása nem tudja ezeket a kérdéseket felszámolni, mert a medicina jellegéből adódóan nem képes a kulturális léptékű problémákat orvosolni. „Elevennek lenni nem azonos a teljes aktív élettel. Az erőltetett orvosi kezelés bizonyosan fizikailag életben tudja tartani az embereket, de csak kínzást jelenthet a számukra, ha nem képes értelmet és célt adni, amiért érdemes élni.”⁶ A reménytelenség elleni küzdelemre alkalmatlan a medicina eszköztársa. Ezért olykor az is előfordulhat, hogy az orvoslás által elért „életben tartás”, valójában fokozza az életből való kilépés vágyát; amikor maga a medicina – egyébként technikailag sikeres – működése egyik tényezőjévé válik egy öngyilkossági döntés meghozatalának.

erről a témáról? – Az öngyilkossági kísérleteknél 90%-ban pszichiátriai betegségek húzódnak meg a háttérben, tehát nagyon is az. Ezek közül a depresszió a leggyakoribb. A statisztikák szerint minden hatodik depressziós beteg öngyilkossággal fejezi be az életét. A második leggyakoribb ok a szkizofrénia, ezt követik az alkoholbetegségek.” Oriskó, N.: Cry for help – Az öngyilkosság. Beszélgetés Gašpar Alica pszichiáterrel, in: *Bici-Data/IFI magazin*, 2000. március.

⁶ Ito, T.: Suicide as a natural death, in: Song, S.-Y., Koo, Y.-M. és Macer, D. R. J. (szerk.): *Bioethics in Asia in the 21st century*, 2003, 95–98. o.

MEGBETEGÍTŐ EMLÉKEK 1.

A szarvasvadász betegsége

„Azzal, hogy ezeket a válaszokat patológiásnak nevezzük, és úgy tekintünk rájuk, mint amelyek orvosi segítséget igényelnek, aláássuk az emberek képességét, hogy egymásnak vigaszt nyújtsanak.”

Kaethe Weingarten

Az emlékezet logikája szerint

Kövessük az emlékek természetének megfelelően medikalizációs hatásuk történetét. Az emlékekkel kapcsolatban hajlamosak lennénk műltszerűségüket hangsúlyozni: az emlékek révén mintha a múlt tolaakodna állandóan a jelenünkbe. De valójában – látni fogjuk, hogy – azok az emlékek, amelyeknek orvosi jelentőségük lesz, ezt éppen azzal nyerik el, hogy felborítják az idő normális menetét. Nem képesek a múltban berendezkedni, és onnan köszöntve a halandót, a biográfia folyamatosságát nyújtani, hanem áthágják a múltat és a jelent elválasztó korlátot, és olyan múltként működnek, amely mintha folyamatos jelen lenne – múlttá válni képtelen múlt, a múlt, amely *present continuous*ként telepszik az ember életének minden jelen pillanatára, állandóan múlttá változtatva azt. A szenvedő szenvedésének legfőbb forrásává éppen ez az idősíkcseré válik: a múlt olyan mintha jelen lenne, a jelen pedig mintha eleven múltként sajogna.

Szóval, hogy hűek legyünk tárgyunkhoz, megfordítjuk az idő rendjét: a végén kezdjük, és haladunk a megbetegítő emlékek orvosi karrierjében visszafelé.

Nem túlélők, nem bűnösök, hanem áldozatok

Az *American Journal of Psychiatry* egyik szerkesztőségi cikkében arra utal, hogy ritkán találkozhatunk olyan pszichiátriai diagnózissal, amelyet az emberek szeretnének „birtokolni”, de a poszttraumás stressz zavar (PTSD) ilyen.¹

Emlékezhetünk a *Szarvasvadász* című, több Oscar-díjat elnyert filmből – amely az első volt azok között, amelyben Amerika kísérletet tett a vesztes vietnami háború feldolgozására – ahogy a főszereplőket fogságban orosz rulettre kényszerítik, életüket feltéve tétnek. Megszabadulásuk után egyikük „beleragad” a traumatikus élménybe, és most már külső kényszer nélkül a saigoni éjszakai életben játszik újra és újra orosz rulettet életével – egészen a halálig. A film arra utal, hogy aki megélte a háború illetén szörnyűségeit, az nem tud szabadulni, és egész további élete a trauma determinálta élettelenységben telik.

Az amerikai katonák hazajöttek Vietnamból nyomasztó emlékeikkel, de nem vigasztalást, együttérzést, megnyugvást kaptak otthon maradt honfitársaiktól, akik tévén keresztül nézték az első közvetített háborút, hanem a „civiliek” vádakát szórták a fejükre, gyermekgyilkosoknak, pszichopátáknak bélyegezve őket. Azok, akik a civil életbe való beilleszkedési nehézségeik miatt pszichiátriai segítséget kértek, olyan diagnózisokat kaptak, mint szorongásos állapot, személyiségzavar vagy szkizofrénia. Később ezek egyesültek és nyertek új értelmezést a PTSD új kategóriájában.

„A történelem folyamán az embereknek mindig voltak olyan zavaró emlékeik, amelyek bánatot okoztak nekik, de a traumatikus emlék mint rögzített, patológikus entitás csak mostanában jelent meg.”²

A PTSD diagnózisa révén megváltozott a veteránok társadalmi megítélése: többé már nem támadók, agresszorok voltak, a védtelen civil lakosság zaklatói, egy erkölcsileg kétséges vállalkozás résztvevői, hanem áldozatok-

¹ Andreasen, N. C.: Posttraumatic stress disorder: psychology, biology and the manichean warfare between false dichotomies, in: *American Journal Psychiatry* 7 (1995), 963–965. o.

² Summerfield, D.: The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category, in: *British Medical Journal* 7278 (2001), 95–98. o.

ká váltak, traumatikus emlékeik áldozataivá; ráadásul a késő modernitás kusza erkölcsi értékrendjében morális felmentésüket immár orvosi diagnózis is megerősítette. Ennek nyomán a bizonytalan társadalmi szolidaritás konkrét egészségügyi és szociális támogatásban nyilvánulhatott meg. Nem is szólva arról, hogy maga a társadalmi környezet is rendezhette ambivalens viszonyát a vietnami veteránokhoz. A beteg emberek nem érdemelnek ellenséges érzelmeket, így megtisztulhatott a katonai szerephez társuló negatív hangsúlyú értékítélet is. A perifériára sodródott, élehetetlen életű emberek köré támogató intézmények épültek ki, amelyek megalapozásául a PTSD diagnózisa szolgált.

Sokk, ami sok

Ha pusztán a vietnami veteránok problémájaként jelölnénk meg a PTSD-t, akkor akár egzotikus kórképnek is tekinthetnénk. De azt találjuk, hogy a PTSD karrierje nem állt meg a veteránkórházak falainál, hanem – némi túlzással – szédítő karriert futott be azóta, hogy a DSM III-ban megjelent. A szexuális erőszaktól a balesetek átéléséig egyre több élmény kerülhetett a hatókörébe. A trauma fogalma fokozatosan inflálódik, és már-már magába gyűjt szinte minden kellemetlenséget, veszteséget, pszichés szerencsétlenséget.³ A tragikus események szemlélőjéből ma éppúgy lehet PTSD-s páciens, mint abból, aki csak hallott ezekről – a „*second hand* sokknak” is megvan a piaca.

Ez a karrier persze magára irányítja a medikalizációt kritikus szemmel figyelők gyanúját.

Ismét összezsapnák a lineáris tudományfejlődés és a társadalmi konstrukcionista teóriák. Az előbbi szerint a PTSD mindig is jelen volt az emberiség történetében, csak a tudomány éppen a hetvenes-nyolcvanas években fedezte fel, mintegy kiemelve az árnyékból.⁴ A másik nézet képviselői

³ Vö. „Lebutítottuk a PTSD-t, ha valami rossz történik, akkor az emberek sérültté válnak, kivéve, ha beszélnek róla” – fogalmazza meg Sally Satel pszichiáter. In: Lee, F. R.: Is trauma being trivialized?, in: *The New York Times*, 6. September 2003.

⁴ Vö. Herman, J.: *Trauma és gyógyulás*, Budapest, 2003.

azt állítják, hogy a PTSD velejéig a nyugati kultúra „itt és most”-jához kötődik.⁵

Az áldozati státus egyre kívánatosabb, mert azzal kecsegtet, hogy általa társadalmi elismeréshez és kompenzációhoz lehet jutni.

„Ha egyszer előnyössé válik az, hogy a distresszt pszichiátriai állapotként fogják fel, akkor az emberek hajlamosak önmagukat medikalizált áldozatoknak, és nem agresszív túlélőknek láttatni. A nyugati társadalmakban kompenzációt lehet kapni a pszichés kellemetlenségekre, de nem minden összefüggésben. Nem jár kompenzáció a munkanélküliség, a szegénység vagy a bebörtönzöttség miatti pszichés kellemetlenségekre: ezek kritériumai társadalmiak és nem orvosiak. Noha a poszttraumás stressz zavar számos kompenzációs esetének alapja morális – azaz felőleli a rossz bánásmód miatti szenvedést – és nem pszichológiai, mégis a pszichiátriai kategória az az eszköz, amelynek révén a morális töltet medikolegálissá formálódik át. [...] A poszttraumás stressz zavar a sérelem tanúsítványa.”⁶

Az orvosi kategória révén a trauma szubjektív élménye objektiválódik, így technikai kérdéssé formálódik át, amely azután megteremti a lehetőségét a standardizációnak, és az ezen alapuló szakértői beavatkozásnak. Az emberek minden időben szenvedtek a háborútól, a mindennapi élettel együtt járó agressziótól, az úgynevezett sorscsapásoktól. De ezek lelki következményeit soha korábban nem tekintették orvosi problémáknak. A XX. század a lelki trauma különféle, gyakran egymás mellett élő diagnózisainak, azaz fokozatos medikális beágyazódásának története, amely a PTSD mint egységes és univerzális kórkép „felfedezésében” csúcsondik ki. Ez a sikertörténet azonban kétségeket is ébreszt: az első arra vonatkozik, hogy a PTSD logikája szerint a háborúknak növelniük kellene a pszichopatológiai

⁵ „Miközben – a medikális és nem medikális irodalomban – történetileg tekintélyes számú bizonyíték van a rémisztő eseményekre adott fizikai és pszichológiai reakciókra, e beszámolók többsége olyan tünetcsoportokra mutat rá, amelyek *nem* kongruensek a PTSD meghatározott tüneteivel.” Bracken, P. J.: *Trauma. Culture, meaning and philosophy*, London–Philadelphia, 2002, 66. o.

⁶ Summerfield 2001.

esetek számát. És igaz, hogy minden háború kitermelte a maga tébolyultjait, azokat az embereket, akik a háborús történések következtében örültek meg, de a PTSD-hez hasonló tünetekkel soha korábban nem növekedett a betegek száma.⁷

A második kritikai argumentum pedig azt fogalmazza meg, hogy a PTSD-ben foglalt minden tudományos osztályozási szándék ellenére, a traumatikus élményt mégsem lehet objektíven definiálni. A trauma élménye mindig is *par excellence* szubjektív marad, így elérhetetlen az instrumentális megközelítés számára. Lehetetlen olyan előzményeket konstruálni, amelyek azután garantálnák a PTSD-t. Ha pedig a predikció modellje nem működik, akkor elesik a technikai kontroll lehetősége is.

Gyakoribb diagnózis, ritkább trauma?

Úgy tűnik fel, hogy a szörnyű események traumatikus kimenetelét lehetetlen a kultúrájától izolált egyén belső életére összpontosítva megérteni. A drámai eseményeket átélt emberek segítségére siető pszichiáter nehezen boldogul a „hazulról hozott” PTSD-elmélettel és -kérdőívekkel.

Egy negyvenéves, a múltban vezető szerepet játszó ugandai politikust letartóztattak, és több napig kínoztak, megaláztak, miközben vallatták. Azt várnánk, hogy ezután legalább a PTSD halvány tüneteit mutassa, de ő a kiszabadulása után segítségére siető pszichiáternek elmondja, hogy a szenvedés újra közelebb hozta a már-már elfeledett keresztény vallásosságához, mert Krisztussal azonosult szenvedéseiben. Így lelkileg megerősödve, voltaképpen utólag pozitív hatásúként fogja fel fogva tartásának szörnyűségeit.

Egy huszonnyolc éves afrikai nő szemtanúja volt, amikor a férjét a katonák megölték, de azonnal el kellett menekülnie, nehogy őrá is ez a sors várjon. Öt évvel később találkozott pszichiáterrel, amikor még mindig rémálmok gyötörték. De – megint csak szemben a mi nyugati elvárásainkkal –

⁷ Bracken 2002, 69. o.

nem a férje halálának traumája kínozza, hanem az, hogy nem tudta őt a tradicionális rítusoknak megfelelően eltemetni.⁸

A PTSD diagnosztikus eszközként való alkalmazása más kultúrákban olykor nem segíti, inkább megakadályozza az ott szenvedéseket átélők helyzetének megértését. Ez arra utal, hogy a traumabetegség nem korlátozható az egyénre, nem a személy belső történése – ahogy ez a nyugati megközelítés számára látszik –, hanem a drámai események pszichés hatása az egyén és kulturális környezete „közötti térben” nyilvánul meg.

A PTSD-t mint kórképet a mi medicinánk „látásmódja”⁹ alkotta meg, egy olyan megoldási és kihordási kísérlet előfeltételeként, amely az individuális lélekbe, az agyba helyezi egy morális, társadalmi probléma alapját és megoldását. Látszólag e diagnózison alapul a terápia, de valójában a terápiás irányultság, az egyénbe zárt, technikai megoldás előfeltételezése hozza létre a neki megfelelő diagnózist.

És talán nem is lett gyakoribb, mint korábbi időszakokban volt, hanem ellenkezőleg „...csak az utóbbi időben vált eléggé kivételessé (*uncommon*) ahhoz, hogy ne tekintsük normálisnak. [...] Csak ebben az évszázadban, az elmúlt ötven évben következett be az, hogy az ember indokoltan remélheti, hogy pszichológiai trauma nélküli életet élhet.”¹⁰

A „korszerű” szenvedést leíró diagnózis univerzális használhatóságát illető kétely végül is ahhoz a kérdéshez vezet, hogy egyáltalán felszámolható-e az emberi szenvedés orvosi eszközökkel, vagy másként fogalmazva: mindig betegség van-e ott, ahol szenvedés találtatik?

⁸ Bracken, P. J., Giller, J. E. és Summerfield, D.: Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts, in: *Social Science and Medicine* 8 (1995), 1073–1082. o.

⁹ Vö. „Noha a mentális kategóriákat emberek alkották, és alapvetően látásmódok (ways of seeing), de ha egyszer már bekerültek a hivatalos taxonómiákba és a klinikai gyakorlat részeivé váltak, akkor léteznek.” Summerfield, D.: Trauma, post-traumatic stress disorder, and war, in: *The Lancet* 9131 (1998), 911. o.

¹⁰ Emmett, E.: *The raven's return. The influence of psychological trauma on individuals and culture*, Wilmette, 1993, 122. o.

MEGBETEGÍTŐ EMLÉKEK 2.

Az emlékek háborúba mennek

„Az elfelejtett gyermekkori szexuális erőszak azért olyan vonzó, mert nagyon egyszerű – azaz, talán az én depresszióm annak a ténynek tulajdonítható, hogy gyermekként szexuálisan megerősakoltak, de ha felfedem, és az erőszak emlékeit átdolgozom, akkor talán a depresszióm is elmúlik.”

Harrison Jr. Pope

Hollywood hosszú ideje újra és újra használja a trauma és a hibásan működő emlékezet témáját. Ezekben a történetekben rendszerint a krimikhez hasonlóan végigizgulhatja a néző, hogy valami titok lappang a megmagyarázhatatlan események és viselkedés mögött. Titok, amelyhez csak keserves, szenvedésekkel teli folyamat során férhet hozzá a főszereplő. Ám ha sikerült visszanyernie elveszett emlékeit, akkor ez a pillanat „csodaszerként” működik. Nemcsak a néző szabadul meg gyötrő kételyeitől, hanem a főhős is megoldást vagy legalábbis választ talál élete fő problémájára.

Olyan alkotásokkal példálózhatunk – történeti sorrendben –, mint Hitchcock filmje, a *Marnie*. Ez a filmgyár mítoszteremtő képességét bizonyítandó a freudi pszichoanalitikus elmélet hatásos, de leegyszerűsített ábrázolását nyújtja. A történet szerint az elfojtott kisgyermekkori szexuális trauma megpecsételni látszik a csinos, ám az erotikát elutasító hölgy sorsát, aki ráadásul „lopós” is, és mint ilyen, antiszociális. Hála az analitikus szerepét betöltő és szenvedélyesen nyomozó partnerének, a film utolsó jelenetében a főszereplő újraéli a gyermekkorra meghatározóan traumatikus eseménysorát. Ez a katarzis feloldja a gyermekkori átkot, és immár – úgy tűnik fel – lelkesen vállalja fel az addig elutasított „házastársi kötelességet”.

A *Good Will Hunting*ban a zseniális, ám érzelmileg sérült fiatalember nem képes betölteni a matematika világában reá váró kiemelkedő szerepet, és nem tud mit kezdeni a szerelemmel sem. Egy, az előbbinél gyengédebb, de hasonlóan felkavaró jelenetben az apa szerepét magára öltő terapeutája képes felmenteni pártfogoltját az addig hordozott (tudattalan) bűn-

tudata alól. Ehhez már nem volt szükség az emlékek újraélésére, „csak” a feloldozásra. A gyermekkori traumák a büntudat börtönébe zárták a főhóst, aki ezért hajlamos volt valóságos börtönökbe záratni magát.

A következő történet főszereplője Patricia Burgus, aki boldogan élt, amíg második szülésének traumatikus élménye miatt később súlyos depresszióba nem esett. Ez után hisztériás terhességet produkált, amelyben nem létező magzatára és önmagára a „mi” személyes névmást használta. Ezt tette két korábbi, valódi terhessége alatt is, de terapeutája mégis úgy gondolta, hogy itt egy többszörös személyiség első megnyilvánulásáról van szó. Hamarosan harminc különböző személyisége jelent meg a terápia során. Annyira elkeseredett állapota miatt, hogy öngyilkosságot kísérelt meg. Terapeutája biztosította arról, hogy speciális kezelésre van szüksége. Egy híres szakemberhez került, aki meg volt győződve arról, hogy az asszony jelenlegi állapotát gyermekkori szexuális erőszak magyarázza. A páciens ezt eleinte erőteljesen tagadta, de minthogy hasonló páciensek vették körül, akik meg voltak győződve arról, hogy tüneteiket gyermekkori szexuális trauma okozza, továbbá a személyzet is ezt a doktrínát erősítette, és mert nagy adagban kapott pszichiátriai gyógyszereket, hamarosan feladta ellenállását. Kevesebb, mint egy hónap telt el, és Patricia elkezdett emlékezni azokra a traumákra, amelyeket – korábban szeretőnek hitt – szüleitől szenvedett el.

Egy este orvosa belépett a szobájába, és megkérdezte, hogy evett-e embert, amire ő hirtelen igennel felelt. Ezen eleinte maga is elcsodálkozott, de kezelőjének magatartása arra utalt, hogy ő már ezt korábban is sejtette.

A következő hónapokban Burgus számos sátáni szertartásról számolt be, ahol emberek százait gyilkolták, ették és erőszakolták meg kannibalisztikus orgiákon. A sátáni szertartások papjaként ő saját gyermekeit is szexuálisan molesztálta, sőt, később ezek a gyermekek is részt vettek a szertartásokban. Két fia hamarosan a pszichiátriai zárt osztályra került. A következőkben az asszony több mint háromszáz személyiséget fejlesztett ki, a gyermekek pedig visszaemlékeztek arra, hogy ők maguk is csecsemőket gyilkoltak vagy ettek meg. Amikor az asszony kórházi kezelésének számlája az egymillió dollár felé közelített, elbocsátották, de a gyermekeit benntartották további kezelésekre. A nyomozásba bevont FBI-ügynökök a bűncselekményeknek semmilyen bizonyítékát nem találták.

Az asszony, aki immár kikerült a terápiás osztály befolyása alól és abahagyta a gyógyszerek szedését, kezdett feltisztulni. Nyolc évébe került, hogy helyreállítsa kapcsolatát korábban szörnyű bűnökkel vádolt szülei-vel. A gyermekekre gyakorolt több mint kétéves zárt osztályi hatás hosszú távú következményeiről csak spekulálni lehet. A bíróság több mint tízmillió dolláros kártérítést ítélt meg az asszony és férje számára.¹

Nem tartanánk be a korrekt tájékoztatás szabályait, ha nem közölnénk az olvasóval, hogy – szemben az előzőekkel – az ebben a történetben megjelenő személyek és helyszínek valóságosak. A sztori esetleges filmes feldolgozása csak halványan mása lehet a „visszanyert emlékek” bizarr színeinek.

Visszanyert vagy hamis emlék

Alig egy évtizede annak, hogy Amerikában a tetőfokára hágott a „*memory wars*”, az emlékezetháború. A szorító egyik oldalán a „*recovered memory*”, a visszanyert emlékek hívei, a másikon pedig a „*false memory*”, a hamis emlékek hívei álltak. Az egyik oldal azt állította, hogy számos pszichiátriai tünet és betegség mögött elfelejtett, elfojtott gyermekkori szexuális traumák emlékei húzódnak. Ennek megfelelően a terápia célját az eddig nem emlékezett emlékek megtalálásában nevezték meg. A másik oldal tagadta vagy legalábbis kétségekkel illette ezt a felfogást, és éppen a Burgushoz hasonló páciensek sorsára hivatkozva mozgalmat indított az ellenfél elméletei, és különösen ezek gyakorlati alkalmazása ellen. Amerikában az elfojtott emlékeket nemcsak terápiás célokra használták, hanem bírósági ítéletek is születtek a „visszanyert emlékekre” alapozva. Így a páciensek olyan családtagjai is börtönbe kerültek, akik ellen fő bizonyítékul éppen a terápiában felszínre került (vagy megalkotott), sok évvel korábbi, elveszettnek hitt szexuális erőszak emléke szolgált.

E háború frontjain máig zúgnak az argumentumok fegyverei, noha a harc heve az utóbbi években csillapodni látszik – fogynak az esetek. És lassan

¹ Wenegrat, B.: *Theater of disorder. Patients, doctors, and the construction of illness*, Oxford–New York, 2001, 185–188. o.

az ellenérvek is egymás mellé simulnak, mintha kezdenének megférni egymással.

Van, aki arra hivatkozik, hogy az emlékezet működése másként fest kísérleti helyzetben, és másként klinikai terápiás körülmények között. Úgy tűnik, hogy az emlékezet igazi posztmodern probléma: különböző szempontokból tényleg eltérőnek mutatkozik. Kontextusfüggősége nem rejthető semmilyen redukcionista nézőpont mögé.

Mire való a traumatikus emlék?

Mintha a jó és a rossz bomladozó építményének megerősítésére kellene valami szilárd pont, amelyhez viszonyítva az erkölcsi kategóriák felragyognak és élesebbekké válnak. A gyermekek elleni szexuális erőszak közvetlen kapcsolatban áll az ördögivel. Alig van ma olyan érték, amelyben a nyugati társadalomban élők között konszenzus volna. A gyermekek elleni *szexuális* erőszak elítélésében azonban mindenki egyetért. Az emlékezet medikalizálása azzal kecsegtet, hogy lehetséges tudományos tudást szerezni erről a társadalmi-morális problémáról. Így lehetővé válik e jelenség rendbe szedése, osztályozása, majd ez alapján megzabolázása vagy megakadályozása.² A tudományon kívüli társadalmi szabályozórendszerek erőltetnek bizonyultak – a szexuális erőszak elkövetőjét és áldozatát egyaránt a tudományos medicina hivatott megtisztítani az ördögi jelen lévő aspektusaitól.

Feltűnő, hogy a „hamis emlék szindrómában” szenvedők tipikusan fiatal, fehér, középosztálybeli nők.³ Vajon az emlékek tényleg önmagukban ilyen érdekesek, vagy inkább az utóbbi évtizedekben a társadalmi diskurzusba egyre erőteljesebben és hitelesebben bekapcsolódott nőiség szavahihetősége a tét?

² Vö. Hacking, I.: *Rewriting the soul. Multiple personality and the sciences of memory*, Princeton–New Jersey, 1995, 59. o.

³ Park, S. M.: False memory syndrome: a feminist philosophical approach, in: *Hypatia* 2 (1997), 1–50. o.

„Az incesztus és a szexuális erőszak elterjedtségéről és pszichés következményeiről folyó erőteljes vita a legérzékenyebb pontján találja el a családon belüli hatalmat, és azoknak a személyeknek a jogait és korlátait, akiket a felelősség és az intimitás erős kötelei fűznek össze. A szexuális erőszak körüli összetűzés politikai, kulturális és jogi. De a nyilvános vita, és még nyilvánvalóbban az incesztus, valamint a szexuális erőszak elismert bizonyítékai, az incesztus-tabu összeomlására vagy legalábbis törékenységre utalnak. Ez a lehetőség mind egyéni, mind társadalmi szinten mélyen nyugtalanító.”⁴

A gyermekkori szexuális trauma sokjelentésű kategória. Magába foglalja azt, hogy immár napvilágra kerülhet és kibeszélhető az, amit oly sok évszázadon keresztül a hallgatás, a hipokrizis leple borított. A visszanyert emlékezet egyben azt is szimbolizálja, hogy a nő visszaszerezte a saját élettörténete feletti autoritást. Az elfojtott trauma megkérdőjelezése újra felveti ezen autoritás esendőségét. De egyben arra is utal, hogy ha ezek az emlékek nem a gyermekorból térnek vissza, hanem a páciens jelenbeli helyzetére reflektálnak, akkor a mai viszonyoknak vannak olyan aspektusai – mind a szélesebb társadalmi környezetben, mind a terápiás helyzetben –, amelyek traumatikus élmények képében fogalmazódhatnak meg. És visszavetülésük a múltba csak a jelen mentiségéül szolgál.

A dolgok jelen állása szerint az emlékezháború két síkja a medicina számára ellentétes eredményeket hozott. A filmen a terapeuta elengedhetetlen szereplője a trauma okozta szenvedéstől való megszabadulásnak. Az életben a „traumabizniszben” utazó terapeuták olykor fokozói pácienseik szenvedéseinek. Főként azért, mert ahelyett, hogy felszabadítanák pácienseiket múltjuk megértésével (is) lelki jelenük korlátai alól, egy konstruált és rettenetes múlt még szűkebb börtönébe zárják őket. Ebből a perspektívából egyszerűbbnek látszik életproblémáink megértése, de életük fontos dolgai az új cella rácsain kívül maradnak.

Egy elmélet, amelynek abszolutizálása és bevezetése a terápiába élehetlenné teszi a páciensek életét – mi köze van ennek a medicina ethoszához?

⁴ Harris, A.: False memory? False memory syndrome? The so-called false memory syndrome?, in: *Psychoanalytic Dialogues* 2 (1996), 155–187. o.

MEGBETEGÍTŐ EMLÉKEK 3.

„Mit tettek veled, szegény gyermek?”¹

„...a téma nem nagyon alkalmas az érzékeny idegek számára”
„amiről a tudomány nem akar tudomást venni...”²

Sigmund Freud

A lelki trauma medikalizációjának forrásvidékén járunk. Egy orvos a XIX. század utolsó évtizedében – a szakmai gondok terhe alól időleges menedéket keresve – kirándul a hegyekbe, amikor szálláshelyének felszolgálója segítségét kéri, mert olykor fulladásos rohamok törnek rá. Az „ideges tünetek” szakértője a rendelőjén kívül kénytelen alkalmazni terápiás újításait. Így születik meg az egyik első olyan esetleírás, amelynek alanya egy szexuális traumát elszenvedett páciens. Az ifjú hölgy, akit Katharinának hívnak, tanúja a nagybátyja és az unokanővére közötti szexuális aktusnak, amely sokkolóan hat rá. Majd később azt is megtudjuk, hogy „...nagybátyja Katharinát magát is üldözte közeledéseivel, első ízben akkor, amikor a kislány még csak tizennégy éves volt. Egy télen, valamit elintézendő, lementek a völgybe, s az éjszakát is ott töltötték a vendégfogadóban. Nagybátyja az ivóban kártyázott, iszogatott, Katharina azonban hamar elálmosodott, és korán felment lefeküdni kettejük közös padlásszobájába. Nem aludt mélyen, s észre is vette, amikor a nagybátyja is feljött, de újra elaludt, mígnem arra riadt, hogy »ott érzi maga mellett az ágyban a férfi testét«. Katharina azonnal felpattant, és szemrehányásokkal halmozta el bácsikáját. »Mit keres itt, bácsikám? Miért nem marad a saját ágyában?« Erre nagybátyja megpróbálta rábeszélni a lányt, engedjen neki: »Ej, te buta liba, fogd be már a csőröd, mit tudod te azt, hogy milyen jó lesz neked is.«

¹ Mint a pszichoanalízis új mottóját idézi Freud Goethét egyik Fliesshez írt levelében (1897. december 22.). Masson, J. M. (ford. és szerk.): *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess*, Cambridge–London, 1985, 289. o.

² Freud valószínűleg a megerőszkolt gyermekek boncolására utal. Idézi és interpretálja: Masson, J. M.: *The assault on truth. Freud's suppression of the seduction theory*, New York, 2003, 33. o.

– »Veszem észre, még aludni se hagyja az ember lányát.« Katharina nem mert visszafeküdni az ágyába, az ajtó mellett menekülésre készen várt, amíg nagybátyja végül is le nem tett szándékáról, és el nem nyomta az álmot.»³

Freud – mert hiszen ő ez az újító orvos – e „szexuális traumából eredő hisztéria” elemzéséhez majdnem harminc évvel később kiegészítésként hozzáfűzi, hogy valójában az üldöző Katharina apja és nem nagybátyja volt. A terapeuta hosszú hezitálása nemcsak a kötelező orvosi diszkréció okán érthető, hanem az is magyarázza, hogy a traumának és a szexualitásnak a ma oly természetesnek tűnő összekapcsolása akkor a szakma komoly ellenállásába ütközött. Amikor Freud ismertette nézeteit a bécsi orvosok előtt, akkor a kor egyik neves alakja csak annyit jegyzett meg, hogy „úgy hangzik, mint egy tudományos tündérmese”.⁴ Egyébként pedig annyira elutasítóak voltak a hisztériák és általában a neurózisok szexuális traumás eredetének új elméletével szemben, hogy nyilvánosan még csak nem is kommentálták Freud téziseit. Két mozzanat ugyanis felháborítónak tűnt a korabeli szakmai közvélemény számára: az „ideges tünetek” szexuális traumás eredete, és még inkább az, hogy a trauma nagy számban a „viktoriánus” családon belüli incestusként fordul elő.

A múlt medikalizálása

A „tudományos tündérmese” száz év alatt – mint sorozatunkban már láttuk – sátánista szertartások horrorjává értelmeződött át. De eredeti alakjában a XX. század egyik legfontosabb életrajzi narratívájává vált: gyermekkorunkban szexuális traumák érhetek bennünket, amelyek nemcsak testi nyomokat hagyhattak maguk után, hanem ezeknél gyakran fontosabb, megszembet ható lelkieket is; amelyek talán oki összefüggésben vannak a jelenbeli lelki-személyiségi problémáinkkal.

³ Katharina... In: A Farkasember. Klinikai Esettanulmányok II, in: *Sigmund Freud művei*, 7. kötet, Budapest, 1998, 22–23. o.

⁴ Krafft-Ebing megjegyzése Freud elméletéről a hisztéria traumás-szexuális eredetéről. In: Freud levele Fliesshez. 1896. április 26, in: Masson (szerk.) 1985, 184. o.

A lelki trauma „karrierje” nem Freuddal kezdődött. Egy londoni orvos, Erich Richsen publikált a vasúti balesetek következtében előálló, hisztériához hasonlatos betegségekről, és ő tette híressé az úgynevezett „vasúti gerinc” (*railway spine*) fogalmát. Az erichseni elmélet szerint a szerencsétlenségek „megrázták” az illetők gerincét, és ezek, az egyébként kimutathatatlan neurológiai elváltozások magyarázzák a hisztériához hasonló tüneteket. Néhány évvel később egy másik híres orvos, Russell Reynolds érvelt amellett, hogy komoly idegrendszeri zavarok állhatnak elő morbid gondolatoktól vagy ilyen gondolatok és érzelmek kombinációjától is. Charcot, a kor ideggyógyászatának *pontifex maximusa*, a hisztéria örökletes eredete mellett állt ki, de hozzátette, hogy trauma is okozhatja az ilyen tüneteket. Ezekkel a megfontolásokkal a trauma fogalmának alkalmazásában fontos változás következett be; a kizárólag testi világból lassan átvándorolt a lelki felségterületére. Most már nemcsak a testi trauma lelki manifestációja vált lehetségessé, hanem az egész trauma-megbetegedés folyamata kizárólag a psziché területén is lejátszódhatott.

A traumás emlék fogalmával egy teljesen új fejeletésként jött létre. Korábban már létezett az a típusú elrejtés, amelyben az egyén a környezete elől próbálja meg palástolni vagy önmaga elől tudata peremvidékeire száműzni titkait, amelyektől aztán gyónásban tisztulhat meg. Az új fejeletésként ezzel szemben két sajátossága van: az egyén nem képes emlékezni, csak azt tudja, hogy a múltjában valami titok lappang, de nem képes azt felszínre hozni, sőt, arra sem emlékszik, hogy nem emlékszik: nemcsak a titok tartalma rejtett önmaga előtt, hanem maga a titok léte is.

Breuer és Freud ezt a *Tanulmányok a hisztériáról* című művükben azal a híres mondattal fejezik ki, hogy „a hisztériások főként reminiscenciáktól szenvednek”,⁵ azaz nem emlékezett emlékektől. A múlt igazságának nem tudása most már medikális fenyegetésként jelenik meg. Az új típusú önmegismerés már nem egyszerűen az erkölcsi jót szolgálja, hanem gyógyító, sőt, egészségmegőrző, betegségmegelőző foglalatossággá válik. A gyermekek elleni szexuális abúzus morális kártékonyasága mellé felnő egészséget fenyegető jellege, hogy aztán a megalapozásában meggyengült

⁵ Breuer, J. és Freud, S.: *Studies on hysteria*, Harmondsworth, 1978, 58. o.

erkölcsi ítélet a medikális magyarázatban találjon igazolást és megerősítést.

„A közönséges emlékek elhalványulnak. Végül összekeverednek és összeolvadnak más közönséges emlékekkel és beilleszkednek az emlékezés szövetébe. A múlthoz tartoznak. Amikor behatolnak a jelenbe, akkor az nem más, mint nosztalgia, megbánás vagy elmúlt dolgok iránti vágy. A patogén titok ilyen szempontból más. Még évekkel a létrejötté után is asszimilálatlan marad, egy önmegújuló jelenlét, állandóan újraélve eredetének pillanatát. A közönséges memória emléknym, a patogén titok pedig mentális »parazita«...”⁶

A patogén trauma koncepciója jól beleillett az éppen abban az időben uralkodóvá váló betegségfelfogásba, amely szerint a kórt immár nem a tünetei, hanem – főként mikrobákban fellelhető – oka jellemzi. Freud olyan neurózisetiológiát keresett, amely megfelel ennek az ideálnak. A pszichoanalízisnek a psziché mikroszkópjának szerepét szánta. A traumás emlék pedig – a fő kóroktani tendencia analógiájára – a kórokozó szerepét játszotta.⁷

Azzal, hogy a páciens a továbbiakban nem képes éppen a jelen lelki állapotát leginkább befolyásoló traumához hozzáférni, szükségessé vált az orvos-szakember közbeiktatása az emlékezet helyreállításának folyamatába, aki nemcsak az okokat ismeri, hanem e sajátos emlékek előcsalogatásához különleges technikai tudással is bír; a nem emlékezett emléket „emlékezhető” lelki tartalomká képes alakítani és visszailleszteni a páciens önéletrajzába.

⁶ Young, A.: *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton (NJ), 1997, 29. o.

⁷ Vö. Hacking, I.: *Rewriting the soul. Multiple personality and the sciences of memory*, Princeton (NJ), 1995, 194. o.

A modern „lelkész” születése

„Rájöttem – írja Freud –, hogy miért tudom csak objektíven (mint egy kívülálló) szerzett tudás segítségével analizálni magam. Az igazi önanalízis lehetetlen; különben nem volna [neurotikus] betegség.”⁸ A gyónás hagyományos technikája már nem elegendő a traumás emlékek kezelésére. Újfajta „gyónásra” van szükség, ahol az orvos – szemben a pappal – nem egy külső transzcendenciával teremt kapcsolatot, hanem a belsővel, a tudattalannal. Így persze az orvos sem szakember a saját elfojtott emlékei dolgában. Saját lelki traumáit illetően ő is szakemberre szorul. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a traumás elfojtás nemcsak a pszichét osztja fel tudattalan és tudatos részekre, hanem egyben elválasztja a lélekről való tudás birodalmát tudóra és tudatlanra, szakemberre és laikusra. Hiszen a betegséget okozó részt éppen úgy nem érzékelheti a laikus szem, ahogy a fertőzést okozó baktériumokat sem láthatja és rendszerezheti.

Az elmondottak alapján a lelki trauma medikalizációját a következő mozzanatokban foglalhatjuk össze: A traumás neurózist események emlékei, és nem maguk az események idézik elő. Az emlékek patogén titkok, amelyek rejtett képzetekből és rejtett készletekből állnak. Az orvosnak mind a titkokhoz, mind ezek értelméhez/jelentéséhez privilegizált hozzáférése van.⁹

A „lelkész” fogalma a modern medicina révén átértelmeződött. Korábban papi felségterületnek számított a lélek, de az a lélek immár diszkreditálódott a XIX. század végének pozitivista korszellemében. Vallásos auráját el kellett, hogy veszítse, és át kellett vándorolnia a tudomány birodalmába, ahol ez után tudós „lelkészek” kutatásának tárgyává vált. Az emlékezet és annak traumatikus sérülése, egyebek között, ezt az újradefiniálást és „auraváltást” szolgálta.

„...a lélek spirituális vajúdása, amely oly sokáig szolgált egy korábbi ontológiát, most rejtett pszichológiai fájdalommal alakulhatott át, amely

⁸ Masson (szerk.) 1985, 281. o.

⁹ Young 1997, 39. o.

immár nem a belülről csábító bűn eredménye, hanem, amelyet egy külső bűnös okozott, aki elcsábított bennünket.”¹⁰

Freud a trauma hangsúlyát – némiképp mentesítve a társadalmi környezetet – hamarosan a lélek fantáziavilágába helyezte, a külső támadó elhalványodott, a fő ellenség pedig ezután a részekre szakadt lelki apparátus mélyéről fenyegette a személy identitását és egészségét. A „polgárháborúban” álló, önmagával küzdő léleknek még nagyobb szüksége lett orvosra, aki független és pártatlan félként segítheti a harcoló felek megbékítését.

Mindazonáltal meg kell jegyezni, hogy néhány – sorozatunkban korábban már tárgyalt – más jelenséggel ellentétben, aligha volt a lelki trauma medikalizálásának alternatívája. Nem Freud találta ki a „medikalizált traumát”, hanem koncepciójával illeszkedett egy, a saját korában „magától értetődő” trendhez. Nem is szólva arról, hogy a traumakoncepcióra alapozva a lélekről, a személyiségről egy olyan diskurzusmódot vezetett be és részben dolgozott ki, amely ma sem elavult alternatíváját jelenti a testtudományok „antilelkes” tendenciáinak.

A freudi traumakoncepció azonban a medikalizáció szempontjából olyan „aknákat” is magában foglalt, amelyek hamarosan egy zseniális magyar orvos, Ferenczi Sándor munkássága révén robbantak fel. Ezek a detonációk azonban nemcsak a mindent tudó szakember és a laikus páciens modern megosztottságán ejtettek súlyos sebet, hanem halálosan megsebeztek a „robbantót” is.

¹⁰ Hacking 1995, 197. o.

MEGBETEGÍTŐ EMLÉKEK 4.

A trauma demedikalizációja és a terápiás szeretet

„A trauma által elemeire széthullott lélek érzi a feléje áramló és őt mintegy kötőanyagként beborító, minden ambivalenciától megtisztult szeretetet.”

Ferenczi Sándor

A nyolcvanas-kilencvenes évek traumavitájának egyik legfontosabb aspektusa a *patogén* emlékek létre vagy nem létre vonatkozott. Ez az emlékezetfajta a lelki terület medikalizációjának legfontosabb „behatolási” pontja.

A lélek tudományosan kevésbé plauzibilis fogalmának a helyét az utóbbi évszázadban az emlékezet vette át. A patogén emlékezet – az „ott lévő”, de a személy számára saját erejéből hozzáférhetetlen emlékek tárhelye – teret nyitott a medikális szakértői beavatkozás számára. Az ilyen memóriatartalmak betegségkeltők, egyben az általuk okozott kórok csak szakszerű technikák alkalmazásával tűntek felszámolhatóknak. Így a modern medicina – jelentős részben – az emlékezet „kapuján” tette be a lábát a lélek területére, hogy azután a XX. század a lélek fölötti fennhatóságért folyó változó sikerű küzdelmek jegyében teljen a visszaszoruló teológiai és az egymással hatalmi „libikókát” játszó lélektani, valamint biomedikális megközelítés között.

Sorozatunk korábbi írásaiban vázolt kortárs vita egyes fő aspektusai mint ha már feltűntek volna a század első felében is. Vajon a trauma megtörtént események „csapadéka-e” vagy fantáziatermék? Elfojtható, elfelejthető-e vagy mindig is elevenen él az emlékezetben? Patogén hatása rejtett vagy éppen nyílt működésében van-e?

Az abúzus még nem jelent traumát

Ebben a korai polémiában az egyik főszerepet egy zseniális magyar orvos játszotta, aki már sok évtizeddel ezelőtt rendkívüli mértékben elmélyítette a lelki traumáról való tudásunkat. Olyan problémákat és megoldásokat vett fel, amelyeket csak fél évszázad múlva vett észre, „ért utol” a kezdetben egyáltalán nem hálás utókor. Halála után hetven évvel sem tudjuk más rivális felfogások kedvéért kivonni magunkat a hatása alól, ahogy egyébként mesterével, Sigmund Freuddal is vagyunk.

Ferenczi Sándor, aki az orvoslás történetének heroikus alakjaihoz hasonlóan mondhatni belehalt hivatásába, noha – és ez itt egyáltalán nem enyhítő körülmény – nem valamilyen fertőző ágens, önmagán kipróbált vakcina végzett vele. Egy általa bevezetett pszichoterápiás technika és atyai mesterével elmélyült konfliktusának kettős szorítása vezethetett szervezeteinek legyengüléséhez, és a vészes vérszegénység gyorsan végzetessé váló folyamatához.

Egyik leghíresebb előadásában olyan képszerűen írja le a gyermek abúzus közbeni szenvedését, hogy az olvasó, aki talán „rideg” tudományos ismeretekért fordul ehhez az íráshoz, aligha állja meg megindultság nélkül: az oly ritka érzelmetli tudománnyal találkozik.¹

Ferenczi azt hangsúlyozza, hogy az abúzus önmagában véve nem traumatizáló. A testi és lelki szenvedés szörnyű élménye csak akkor lesz traumatikus, azaz törlődik ki a gyermek emlékezetéből, és lehasadt személyiségrészként mintegy a tudatos én háta mögött rejtőzve fejt pusztító hatását a személyiségre, ha az abúzus utáni időszakban a közeli bizalmi személyekhez forduló gyermek elutasításra talál: az általa is kétségekkel kezelt élményének realitását a hozzá közelálló nem valóságosként tagadják le. Az immár traumává vált abúzus ezzel elrejtőzik a páciens önreflexiója elől: csak külső segítséggel tehető hozzáférhetővé, mert az abúzus terápiás újraélése akkor lesz gyógyító erejű, ha van ott valaki, aki pótolja az eredeti élményből hiányzó anyai melegséget és támogatást. Az objektív tudósi (Freud) attitűd helyett a gyengédséget nyújtó „ferencziánus” terapeuta az, akinek

¹ Ferenczi, S.: Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között, in: Buda, B. (szerk.): *A pszichoanalízis modern irányzatai*, Budapest, 1971, 215–226. o.

az abúzus után a gyermek számára hiányzó melegséget pótló jelenléte a páciens „háta mögött” élő traumát kontrollált emlékké változtathatja át.

Ferenczi megközelítésének a medikalizáció szempontjából ellentmondó aspektusa az, hogy a trauma erőteljesen szubjektívizálódik. Az elszenvető alanyon kívül senki más nem nyilatkozhat, nem ítélezhet az élmény traumatikus mivoltáról. E mozzanat kettős következménye, hogy az addig elnémitott hangok – főként a nőiség – polgárjogot nyerhettek a trauma körüli diskurzusban, ugyanakkor tágra nyitotta a kaput a trauma – sorozatunk korábbi cikkeiben már jelzett – XX. század végi inflációja előtt. Így fordulhatott elő az, hogy a Ferenczi számára még nyilvánvalóan a gyermek elleni szexuális erőszakhoz kötődő trauma mára már szinte minden lehet, ami csak kellemetlen élményként jelenik meg a család emlékezet előtt.

Demedikalizáció a medikalizációban

Ferenczi traumafelfogásának azonban erőteljes, korát messze meghaladó demedikalizáló tendenciái is vannak, és ezek nagyrészt a traumát elszenvedettek kezelésének technikai újításaihoz kapcsolódnak. Állandóan kereste a sohasem tökéletesen, olykor kifejezetten kudarcosan működő pszichoanalitikusi technika javításának lehetőségeit. Eközben először úgynevezett aktív technikájával még szigorúbbra vette az eredeti freudi módszer szadisztikus aspektusait. A páciens életmódjába bevezetett tilalmak és korlátozások révén a neurotikus komplexust szándékozta provokálni, hogy azután az az analitikus ülésen könnyebben feltárhatóvá váljon. Minthogy ez nem hozott igazi megoldást, sőt, újabb problémákat vetett fel, Ferenczi szokása szerint nem a betegben, hanem önmagában kereste a hibát, és arra jutott, hogy „A betegek határozottan érzik, hogy a maguk részéről teljesítőképességük határára értek, és most valaki más – természetesen én, az analitikus – kell, hogy »tegyen valamit«, ámde mit? Egy különösen mély benyomást keltő esetben kaptam erre azt a választ, hogy a fájdalom ellenzereként nemcsak magyarázatot, de gyengédséget és szeretetet is kell nyújtani (és nem színlelt, hanem csakis valódi együttérzést).”²

² Ferenczi, S.: *Klinikai napló. 1932*, Budapest, 1996, 149. o.

A gyengédség és a szeretet szakmai követelményként való megjelenése a modern medicinában – részben a biomedikális technikai-objektivista atitúd uralma miatt – meghökkenítőnek és némiképp „korszerűtlennek tűnik fel”, minthogy első látásra az ágy melletti medicina érájának legalább száz-százötven éve meghaladottnak tűnő jellegzetességét eleveníti fel. Ugyanakkor nem feledhető, hogy Ferenczit a szó legszorosabb értelmében vett technikai megfontolások vezeték e nem technikai elem bevezetéséhez.

„Így az ember végül arra a gondolatra jut, hogy vajon nem volna-e természetes és egyben célszerű is egy érző – hol együttérző, hol nyíltan mérges –, őszinte emberi lénynek lennie? Ez azt jelenti, hogy felhagyunk mindenfajta »technikával«, és magunk is éppoly kendőzetlenül mutatkozunk meg, mint ahogy azt a betegől elvárjuk.”³

A „szak-” előtag a szakember szóban Ferenczi felfogásában nem „fosztóképzőként” működik, amely valamiféle technikai tudásra csupasztott, emberi jellegzetességeiben, személyiségében „leépült”, gépiesen működő lényt idéz fel, aki nem használja az általa elsajátított technikai tudást, hanem az használja őt. A szakszerűség számára nem az egyoldalúság szinonimája, hanem a laicitáshoz olyan többletet ad, amely egyben magába építi annak nem technikai aspektusait is.

Ez odáig megy, hogy Ferenczi e szigorúan következetes szakmai törekvéseinek végső állomásaként eljut az úgynevezett kölcsönös analízisig, ahol felváltva analizálja egymást az analitikus és a páciens, a szerepek folyton felcserélődnek – a szakemberi mivolt többlete pedig talán „csak” annyit, hogy tapasztalatban, reflexióban, bölcsességben a páciens előtt jár. És éppen ez az a tudás, amelyet nem lehet egzakt argumentumokba foglalni.

A szeretet és gyengédség immár orvosi-szakmai követelménye a kölcsönös analízissel együtt – legfontosabb demedikalizációs aspektusként – decentralálja a szakember szerepét. Az orvos és páciense „két egyformán riadt gyermek benyomását keltik, akik kicserélik tapasztalataikat, és azonos sorsuk következtében tökéletesen megértik egymást; ösztönösen igyekeznek egymást megvigasztalni”.⁴

³ Ferenczi 1996, 112. o.

⁴ Ferenczi 1996, 79. o.

A szeretet mint terápiás „eszköz”

Különös dolog ezzel a szemponttal megfogalmazása után hatvan-hetven évvel később találkozni, amikor is a posztmodern medicina egyik ismeretfőjegyeként hasonló tendencia jelenik meg, amelyet „a tudásbeli autoritás eltolódása az orvosról a páciens irányába” jelenségeként lehet megjelölni.⁵ De még így is feltűnő a kettő közötti különbség: a kortárs folyamatok esetében valójában „csak” annyiról van szó, hogy a mai ismeretforrások segítségével a mai páciens éppúgy – sőt, gyakran jobban – kiképezheti magát saját betegsége elméleti és olykor gyakorlati kérdéseiben, mint kezelőorvosa. Azaz itt a páciens „medikalizálódik”, és lép a medikális tudás felségterületére. Ferenczi megközelítésében éppen fordított az út: az orvos (a biomedicina értelmében véve) demedikalizálódik, és von be gyógyító-munkájába a modern medicinában szakmán kívülinek, sőt, egyenesen laikusnak tekintett aspektusokat. Különösen igaz ez a lelki folyamatoknak azon a szintjén, ahol a racionális tudásbeli fölény nem sokat ér, és inkább az „együtt-érzés” veszi át annak a helyét.

Már csak az a kérdés, hogy a Ferenczi által felvetett gyengédség- és szeretetnyújtás képessége tényleg csupán demedikalizáló tendencia-e, ahol a „de-” előtag megfosztó szerepe a hangsúlyos? A medicina képviselőjének saját identitása szempontjából valamiféle leértékelődést, szakmai presztízs- és tekintélyvesztést kell-e éreznie, ha erre gondol, vagy inkább olyan új, még mindig ki nem aknázott lehetőségnek, többletnek kellene tekintenie, amely a medicina technikai-tudományos aspektusait szélesebb összefüggésbe, átfogóbb szakmai identitásba helyezheti, és így nagyobb lehetőségeket teremt a segíteni akaró orvos számára?

Elég támogatást kap-e kulturális környezetétől a modern orvos ahhoz, hogy érzelmeit szakmai „eszközökként” használja, avagy az érzelmi őszinteség szakmai követelménye-e?

⁵ Muir Gray, J. A.: Postmodern medicine, in: *The Lancet* 9189 (1999), 1550–1553. o.

BETEGSÉGNÉZŐPONTOK

„A betegnek-lenni-tudás egész kérdése [az ember] lényének tökéletlenségével függ össze. Minden betegség szabadságunk [egy részének] elvesztése, az életlehetőség korlátozósa.”

Martin Heidegger

A betegség definíciójának hiánya

Sorozatunk eddigi írásaiban a medikalizáció aspektusait rendszerint különböző betegségfajták elemzésén keresztül mutattuk be. Ez a „betegség-alapú” módszer is arra utal, hogy egy életjelenség betegséggé váló felbukkanása, vagy egy már létező betegségkategória korábbi határain túli terjeszkedése a medikalizáció *sine qua non*ja. A folyamat gyakran „puhatolózással” kezdődik. A medikális interpretáció egy alternatívaként jelenik meg a lehetséges besorolások listáján. Csak két minapi példával élve: egy, a számítógép és a számítógépes játékoknak a gyermekek személyiségére gyakorolt hatásáról szóló konferencián az egyik résztvevő szakember úgy fogalmaz, hogy „nem szeretjük, ha a gyermekek a számítógépek előtt ülnek, noha elismerjük, hogy ez hozzá tartozik a mindennapokhoz”. E moralizáló megjegyzés azonban ugyanezen a rendezvényen hamarosan medikalizálódik, és a számítógép-használat lehetséges vagy valós addikció forrásként tűnik fel; a „nem szeretjük”-ből betegség lesz, a nevelési probléma a terápiák területére kerül. A politikai és közjogi problémát jelentő hungarista vezető személyiségének elemzésére egy internetes portál kerít egy lélekgyógyászati szakembert,¹ és máris jó úton vagyunk afelé, hogy a politikai problémából pszichopatológiai kérdés váljon. Nyilvánvaló, hogy ezekben az esetekben egy morális vagy életmódbeli érték- és normakülönbség párhuzamosan jelenik meg medikális interpretációjával, azaz a medikalizáció még „érett” formájában nem zajlott le. Ha ez megtörtént volna, ak-

¹ A magyar pszichiátriai szakma becsületére legyen mondva, többen elhárították az illető politizáló hölgy „vad analízisét”, és csak kitarató kereséssel vettek rá valakit, hogy e politikai jelenséget „pszichiátrizálja”.

kor a „nem szeretjük” kezdetű mondat már nem hangzana el, hanem teljesen átadná a terepet az orvosszakmai megközelítésnek, azaz a túlzott számítógép-használat már csak mint betegség jelenne meg.² A hungarista vezető nézeteit pedig egyértelműen nem politikai programként, hanem doxizmaként értékelnek.

Nem úgy van tehát, hogy a medikalizáció folyamata a betegséggé minősítéssel kezdődik, ellenkezőleg, a betegséggé minősítés már a medikalizációs törekvések mozzanata. De, amikor általánosan elfogadottá, majd szinte magától értetődővé válik, akkor ez egyben a medikalizáció fő folyamatának befejezését is jelenti; ekkor ugyanis a medicina korlátlan felhatalmazást kap, és egyben kötelességévé tétetik, hogy ezzel a bizonyos életjelenséggel foglalkozzon, azt kezelje, ellenőrzés alatt tartsa, egyedi eseteiben felszámolja, és végső és legkedvezőbb fejleményként társadalmi méretekben eltüntesse.

A medicina tehát azért léphet be az adott jelenséghez vezető „biztonsági kapun”, mert a „zár” kódjában szerepel a betegség kifejezés, és ez semmilyen más szakma és intézmény belépőkártyáján nem része a kódsorozatnak – csak és kizárólag az orvosén. Ezek a jelenségek a társadalmi élet olyan szektorába kerültek, ahol más intézmények csak nézők lehetnek, legfeljebb közreműködők, de a főszerepet, az irányítást a medicina játssza.

Ha azonban – egy filozófiai megközelítéshez méltóan – nem tekintjük természetesnek az adott életnyilvánítás betegséggént való besorolását, hanem, mint idegenből jött turisták, egzotikus jelenséggént kezeljük a betegségek kortárs konstellációját, akkor a *homo novus* csodálkozásával tehetjük fel a kérdést, hogy mi a közös mondjuk a tüdőgyulladásban és a hisztériában, a leprában és az impotenciában, az influenzában és az anorexia nervosában, vagy éppen mi köti össze az apotemnofiliasokat, akik végtag-

² Egy nemrégiben megjelent tipikusnak is tekinthető megfogalmazás szerint: „Az internetfüggő betegek száma a pszichiátria többbezes betegforgalmához képest nem számottevő, bár az osztály egyik adjunktusa szerint ma még csupán a jéghegy csúcsa látszik. A jelenség megítélése a pszichiáterek körében sem egyértelmű. Amerikai szakemberek szerint a heti húsz óránál több időt a számítógép előtt töltő személyek esetében beszélhetünk a gép túlzott, esetleg kórossá váló használatáról – abban az esetben, ha az illető nem a munkáját végzi.” Romhányi, T.: A világháló foglyai, in: *Népszabadság*, 2004. szeptember 18., 6. o.

juk levágásában vélik identitásukat megtalálni, és a *koro* pánikjában szenvedőket, akik rettegnek attól, hogy péniszük eltűnik az alhasukban. És hogyan fér meg egymás mellett a hosszas és elmélyült internethasználat a szívinfarktussal? Talán ebből a nézőpontból akár különösnek is találhatjuk, hogy ilyen eltérőnek látszó jelenségek egy kategóriába kerülhetnek. És el-töprenghetünk: milyen tulajdonságokban osztoznak az ilyen „kellemetlen-ségek”, hogy közös fogalommal betegségnek lehet nevezni ezeket? Ebben a pillanatban egy sajátos ellentmondásba ütközünk: „ösztönös” kulturális reakción „kétségtelenül” betegség névvel illeti a fenti és az ezekhez hasonló jelenségeket, de mindjárt zavarba kerülünk, ha valamilyen tudományos igényű meghatározását szeretnénk adni a betegség fogalmának. Úgy vagyunk ezzel, mint Szent Ágoston, amikor az idő mibenlétéről töprengett:

„Ha senki nem kérdezi tőlem, akkor tudom. Ha azonban kérdezőnek kell megmagyaráznom, akkor nem tudom.”³

Ha például egy furcsa embert látunk az utcán, aki hangosan beszél egy ott nem lévő személyhez, akkor ma hajlamosak vagyunk – akár járókelőként is – azt mondani, hogy elmebeteg. De vajon, mit felelnénk egy időgép segítségével a múltból idecsöppent elődünknek, ha azt kérdeznék, hogy mondjuk már meg, miben áll e betegség lényege, mert ő nem lát elmebeteget, az ő fogalmi szerint csak egy buzgó hívővel van dolgunk, aki Istennel értekezik. Nos, akkor hogyan érvelnénk „kulturális ösztönünkből” fakadó ítéletünk mellett? Vagy ennek az „ösztönösségnek”, magától értetődőségnek éppen az az egyik funkciója, hogy az ilyen érvelést szükség-telenné tegye? Sőt, nemcsak az érvelést, hanem magának a kérdésnek a felvetődését is?

Mégis, ha rögzítettük a betegségek fenomenológiai magától értetődősége, természetessége és a betegség tudományos meghatározása közötti szakadékot, akkor két dolgot tehetünk. Nem törődünk a pontos definíció hiányával, és mint ahogy az idő fogalmával is vagyunk, jól elboldogulunk

³ Aurelius Augustinus: *Vallomások*, Budapest, 1982, 358–359. o.

mindennapi használatával, anélkül hogy különösebben kínzóan éreznék az egzaktág távollétét. Ez természetesen lehetséges álláspont, hiszen a medicina a mindennapokban *normálisan* így működik. A gyakorló orvos nem teszi fel minduntalan a kérdést egy páciens vizsgálatakor: de miben is áll a betegség, mint olyan, léte?

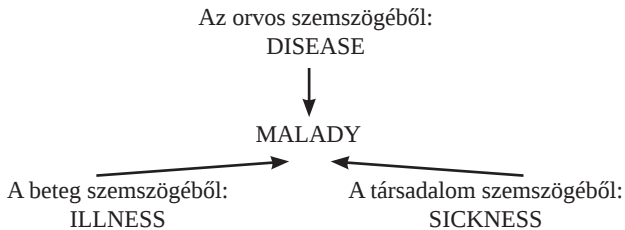
Mindazonáltal, ami a napi praxisban magától értetődő attitűd, az témánk szempontjából nem túlságosan gyümölcsöző. Hiszen éppen azt keressük, hogy az életnyilvánítások betegséggé definiálása milyen alapot ad és szerepet játszik a medikalizáció folyamatában. Meg kell tehát kísérelni annak a feltárását, hogy milyen meghatározás/meghatározások működik/működnek a napi gyakorlat itt és mostjában látszólag problémamentesen használt betegség fogalmának hátterében. Ez ugyanis részben választ adhat arra, hogy miért fejlődik olyan rohamosan a mi kultúránkban a medikalizáció folyamata, és hogyan lazíthatja fel és tolhatja ki a jelenségek fogalmi és osztályozási határait úgy, hogy azok korábbi helyükről a medicina felségterületére kerülnek.

A betegség arcai

Ha a mindennapi praktikus használat és a nehezen fellelhető tudományos meghatározás közötti szakadékot át akarjuk hidalni, akkor talán egy közbülső szintet kellene találni, amely fölötte áll az egyes nozológiai kategóriáknak, de nem éri el a betegség fogalmának magasságát. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a betegség arcait keressük, azt, ahogyan a betegség különböző társadalmi-kulturális szereplők számára megjelenik.

A legkézenfekvőbb megoldás annak az elemzése, ahogy a betegség az orvos, a beteg és az orvos-beteg kapcsolatot övező kulturális-társadalmi közegben megmutatkozik.

E három szempont egy magyar kifejezésekkel nehezen leírható „nevezéktanban” tárgyalható meg, amelyben három „nézőpontból” – orvos, beteg, társadalom – szemléljük ugyanazt a „tárgyat”.



Az angol kifejezések nem sznobizmusból szerepelnek az ábrán, hanem azért, mert egyszavas magyar megfelelőik egyelőre nincsenek, csak körülírásukat lehet megtenni. Látható, hogy mind a négy angol szó szótári jelentésében nagyjából ugyanazt fejezi ki: a betegséget.⁴ Mégis, ebben az összefüggésben éppen az „ugyanaz, de mégis más” aspektusai a fontosak.

A *malady* azt a „dolgot” jelenti, amelyet a legáltalánosabb értelemben kórnak nevezhetünk, az egyén egészségét károsító vagy azt fenyegető tényezők összességét foglalja magában. Valójában éppen ezért leírhatatlan és kifejezhetetlen, mert csak abból a három nézőpontból ismerhetjük, amelyek az orvos, a beteg és a kultúra, a társadalom képvisel. A *malady*-t akár zárójelbe is tehetjük, ha nem hiszünk abban, hogy a három különböző nézőpont valami közösre vonatkozik. Ebben az esetben persze azt kellene állítanunk, hogy az, amit az orvos *pneumóniának*, a beteg tüdőgyulladásnak nevez, a társadalom pedig a mindennapi kötelességek alóli felmentéssel ismeri el betegségnek, nem fedik valamilyen módon egymást. Ez, noha lehetséges álláspont, de témánk szempontjából olyan bonyodalmakhoz ve-

⁴ E rövid írás a betegség fogalmának ezen aspektusait csak vázlatosan mutathatja be. Bővebben lásd például: Marinker, M.: Why make people patients?, in: *Journal of Medical Ethics* 2 (1975), 81–84. o. vagy Boyd, K. M.: Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts, in: *Medical Humanities* 1 (2000), 9–17. o.; Seale, C.: Health and healing in an age of science, in: Seale, C. és Pattison, S. (szerk.): *Medical knowledge: doubt and certainty*, Buckingham (PA), 2001, 14–42. o.; de Almeida Filho, N.: For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes, in: *Cad Saúde Pública* 4 (2001), 753–799. o.

E három kategória ilyen meghatározása nem fedi le egzakt módon a mindennapi angol nyelvhasználatot. Sőt, a tudományos nyelvhasználattal szemben sem lehet kíváncsi, hogy a fenti séma szerint beszéljen a betegségről. A három kategória megkülönböztetése – *technikai eszközként* – pusztán témánk szempontjából fontos szempontok tárgyalását szolgálja, és semmiféle „ezután így kell” felszólítást nem foglal magában.

zetne, amelyek szükségtelenül megnehezítenék a betegség és a medikalizáció összefüggéseinek vizsgálatát. A *malady* éppen arra jó, hogy kifejezze azt, hogy a különböző aktorok ugyanarra „vetik tekintetüket”, miközben narratívájuk szükségszerűen eltérő; számukra a *malady* más-más arca rajzolódik ki – eltérő szerepei, attitűdjei, normái, értékei és funkciói miatt.

A *disease* az orvos nézőpontjából vett betegség: a modern medicinában valamilyen fizikai eredetű, testi patológikus folyamatot jelent. Ez egyben olyan objektív jelenség, amelyet csak az orvos szakember képes meglátni, feltárni és gyógyítani.

Az *illness* a beteg nézőpontját, attitűdjét fejezi ki. A „nem egészségesnek lenni” érzése, tapasztalata, amely teljesen személyes, és a páciens bensőjéhez tartozik. Gyakran a *disease*-hez kapcsolódik, de olykor az *illness* akkor is fennáll, amikor az orvos nem állapít meg *disease*-t.

Az *illness* élménye sajátos érzet-, hit-, attitűd- és érzelemáramlat, amely azt súgja az embernek, hogy valami baj van „odabenn”. Úgy is szoktak fogalmazni, hogy amikor a beteg az orvoshoz megy, akkor *illness*-e van, amikor eltávozik onnan, akkor már *disease*-e.

Ebben a fenomenológiai megközelítésben fontos azt hangsúlyozni, hogy a két leírás között nem az a döntő különbség, hogy a kezdetben tudatlan beteg az orvostól távozóban tisztába kerül betegségével, hanem az, hogy a két szereplő mást és mást lát, érzékel, él át: a szakember világában a *malady* más életet él, helyet foglal el, mint a beteg világában.

A *sickness* a rossz egészség külső, nyilvános módját, társadalmiságát jelenti. Azt a társadalmi-kulturális szerepet, státust jelzi, amely a beteg ember és a társadalmi környezete közötti „alkuban” rajzolódik ki; a betegség társadalmi manifesztációja.

A medikalizáció azt a folyamatot testesíti meg, amelyben a *malady* három aspektusából az első válik uralkodóvá, azaz ez utalja ki a másik kettő helyét. A medikalizáció – és erre korábban is utaltunk – nemcsak azt jelenti, hogy az orvosi *disease* modell magába vonja a másik kettőt, hanem azt is, hogy mind az *illness*-ben szenvedő páciens, mind a *sickness* aspektust meghatározó társadalmi-kulturális oldal a *disease* felé taszítja a *malady* interpretációját. Így a betegségek laikus és szociális megközelítését csak közbenső mozzanatként ismeri el, de azt végső soron a biomedicina nyelvére fordítja le, és annak intézményrendszerébe vonja. Ekkor a *disease* orvosi

nézőpontja benyomul vagy behívást kap a szenvedések és nemkívánatos társadalmi jelenségek területére és a *disease* nevében egyre nagyobb területet vesz birtokba mind teoretikus, mind intézményi értelemben. A *disease* így lefedi a *malady*-t, és ezzel feleslegessé teszi e kettő megkülönböztetését is. Megszűnnek az *érvényes* különböző nézőpontok, csak egy, a mindig változó objektív igazság marad.

Vagy lehet, hogy az igazság e fajtája nem is játszik olyan egyedüli és döntő szerepet a betegség meghatározásában, mint ahogy azt egyébként a medicina tudományos ethosza diktálná?

BETEGSÉG ÉS MEDIKALIZÁCIÓ 1.

A betegség fogalma: hasadt egység

„Ám ne kergessen illúziókat az ön rossz elleni harcának horderejéről. Ön is kudarcot fog vallani. Aki a rossz eltávolítására vállalkozik, egy napon egy rakás maga csinálta szerencsétlenség tetején ül majd, és az nagyobb lesz, mint amit el akart takarítani. Ezt jegyezze meg magának! Ez a dolgok menete.”

Peter Sloterdijk

Egy betegség akkor tekinthető a medikalizált kontextusban legitimnek, ha élettudományos megalapozottsága van, vagy legalábbis feltételezhető, hogy egy ilyen megalapozottság előbb-utóbb elérhető; a biológiai-organikus alapok elengedhetetlenek, még akkor is, ha ezek ma vagy hiányoznak, vagy csak részlegesen bizonyítottak. A „hagyományos” betegségek (influenza, tüdőgyulladás) esetében ez magától értetődő. De például a gyomorfekély esetében a korábbi stresszre és szorongásra alapozott megközelítésről – amely a testi terápiának jobbára csak a tünetek enyhítését szánta, míg az oki kezelést inkább a pszichoterápiában látta – a hangsúly a bakteriális eredetre helyeződik át, és a pszichés okság elhomályosul, „tudományosan bizonyíthatatlannak” nyilvánítatik. Általában is megfigyelhető, hogy a *disease* modell hívei számára a pszichológia, az egyéni élettörténetre és a személyeségre alapozott magyarázatok ideiglenesek, és amint csak egy kicsit is plauzibilis organikus elméletek jelennek meg, szinte azonnal készek feladni a pszichológiai magyarázatokat.

Az erekciós zavar esetében ez a folyamat pillanatok alatt lezajlott, amikor az addig 90%-ban pszichés eredetűnek tekintett, párkapcsolati problémákra vagy gyermekkori lelki sérülésekre stb. visszavezetett kellemetlenség határozott kontúrú betegséggé értékelődött át. A *Viagra* megjelenésével a pszichés magyarázatok 10% alá szorultak. Mindazonáltal még a laikusokban is ott lappang a „meghaladott” korszaknak az a feltevése, hogy talán az erekciós zavarok nagy része az „élettel együtt jár”, és hogyha nyomasztó

mértékben fordulnak is elő egy-egy személy esetében, akkor az uralkodó biomechanikus magyarázat elhalványíthatja, de nem semmisítheti meg például a párkapcsolati problémák etiológiai szerepét.

Még ennél is kétségtelenebb a *disease* modell abszolút érvényességét illető kétség az apotemnofília esetében, mert még csak kísérletet sem tettek arra, hogy az egészséges végtagjukat levágtatni óhajtok „beteges” vágya mögött egyetemesen érvényes organikus elváltozásokat találjanak. De éppen így aligha lenne hihető az úgynevezett „*enhancement*” medikális technológiák (kozmetikai sebészet, lelki jóllétet fokozó szerek alkalmazása, esztétikai műtétek stb.) alkalmazását megalapozó lelki problémákat organikus betegségekkel átminősíteni.

A betegségfogalmak „betegsége”

A betegségek e sokszínűsége arra utal, hogy egyetlen betegségmeghatározás sem fogja át a manapság kórként kezelt jelenségek teljes halmazát. E tézis illusztrálására felvillantunk néhány forgalomban lévő betegségmeghatározást. Ezek alapján arra fogunk következtetni, hogy minden egyes meghatározás általános definícióra való elégtelensége nem az átfogó meghatározást keresők intellektuális gyengeségéből, a feladatra való alkalmatlanságából fakad, hanem magának a medikalizációnak az előrehaladása járul komolyan ahhoz, hogy a betegségek elszaporodása magát a betegséget halványítja el, teszi egyre reménytelenebbé határainak megvonását. Ez a konstelláció pedig – önerősítő folyamatként – még szélesebbre tárja a kaput a medikalizáció számára.

A betegség mint szenvedés

A betegség mint szenvedés¹ nyilvánvalóan a legkézenfekvőbb betegség-megközelítési módnak tűnik fel. Mindazonáltal szinte azonnal látható, hogy a betegség és a szenvedés nem egymást fedő kategóriák. Az ember lehet fizikailag beteg, anélkül azonban, hogy szenvedne, míg a legsúlyosabb betegségek korai szakaszukban a beteg számára szinte észrevétlenül vannak jelen, noha klinikai vizsgálatokkal jelenlétük kimutatható. Mások a szenvedés minden előzetes jele nélkül hirtelen meghalnak. Megint mások szinte egész életüket végigszenvedik anélkül, hogy környezetüket betegségük igaz voltáról meggyőznék.

A betegség az, amit az orvosok kezelnek

Ez a pragmatikus megközelítés ugyan a betegséget szorosan a medicina aktorainak tevékenységéhez köti, de betegségdefiníciónak meglehetősen szegényes. Hiszen éppen ebből a pragmatikus nézőpontból a betegségek számos fajtáját kizárja a definícióból. És éppen azokat, amelyek noha nagy számban fordulnak elő, mert laikus módszerekkel „otthon” kezelik azokat (valószínűleg a kezelések nagyobb része laikus környezetben, házilagos módszerekkel zajlik), de nem nyúlnak be a hivatalos medicina területére. Továbbá nyilvánvaló, hogy ez szélesre tárná a kaput a „szakmai önkény” számára. Ebben az esetben nem lehetne tudni, hogy a betegségek számának növekedése egy betegebb társadalmat jelent-e, vagy inkább az emberek viszonya változott meg a betegséghez.

¹ A betegség fogalmainak kérdését jelentős számú irodalom tárgyalja. Ezért hangsúlyozni kell, hogy az ebben a cikkben szereplő betegségfogalmak messze nem merítik ki a témát, és pusztán illusztratív jelentőségük van. Az egyszerűség kedvéért a lehetséges irodalmak közül döntően Kendell, R. E.: The concept of disease and its implications for psychiatry, in: *British Journal of Psychiatry* 4 (1975), 305–315. o. írására támaszkodtam, amely a fenti, gyakran hivatkozott kategóriák időtálló összefoglalását adja.

A betegség mint károsodás

Ebből a szempontból a betegség a test strukturális sérülésével jár együtt. Úgy tűnik fel, hogy ha valahol, akkor itt objektív kritériumokat lehet adni, csak a standard mintázattal kell összevetni a tüneteket. Azonban a dolog azonnal problematikusává válik, amint kiderül, hogy bajban vagyunk a normalitással, mert nem tudjuk pontosan, hol végződik a normális, és hol kezdődik a patológikus. Minthogy a medikalizációban felbukkanó új jelenségek jelentős része a pszichiátria illetékességi területéhez köthető, ezért különösen érzékeny kérdés a betegségek normalitáshoz kötése. A pszichiátriai betegségek létét ez ideig nem úgynevezett objektív klinikai vizsgálatok alapozták meg, hanem „bizottsági döntéstől” függ egy betegség bevezetése vagy éppen eltörlése.²

A betegség mint a stresszhez való alkalmazkodás

A környezettel való egyensúly felbomlására adott reakció. Ebben az esetben azonnal felvethető, hogy a ma magától értetődően betegségeknek tekintett magas vérnyomás és diabétesz vajon nem a modern életben állandóan veszélyben lévő egyén normális biológiai reakciója-e, és nem az e devianciáktól mentesek reagálnak-e abnormálisan környezetükre? Éppen így vetődhet fel a kérdés a lelki zavarokra vonatkozóan is: a normális környezetre adott beteges válaszoknak tekinthetők-e, vagy olykor az abnormális környezetre adott egészséges reakcióknak?

A betegség mint tökéletlenség

Ez a betegségfelfogás nagymértékben kötődik a WHO híres egészségdefiníciójához, amelyben az egészség mint „a teljes fizikai, mentális és szociá-

² Természetesen az ilyen döntést széles körű szakmai vita előzi meg, de az ezekben megjelenő társadalmi-kulturális hatások nagy szerepét széles körű szakirodalom tárgyalja.

lis jóllét” jelenik meg.³ Minthogy azonban ezt az ideált lehetetlen elérni, ezért mindenki többé-kevésbé beteg.

A betegség mint statisztikai átlagtól, normától való eltérés

Ez a látszólag értékmentes, objektív megközelítés pedig, egyebek mellett, azért nem alkalmas általános definícióként, mert nem tesz különbséget az ártalmatlan (vérnyomás), a semleges (magasság) és az előnyös (intelligencia) között. Azaz alkalmazása hamarosan mégiscsak egy statisztikán túli érték bevezetését kényszeríti ki.

A betegségek családi hasonlósága és a betegség lehetetlensége

E száraz és messze nem teljes betegségmegközelítés-felsorolás arra utal, hogy még a legátfogóbbnak látszó leírásból is „kilóg” valamilyen szempont. A betegségeket – úgy tűnik – a „családi hasonlóság”⁴ köti össze, nincs valamilyen közös nevezőjük, amelyben mindegyik betegség osztozna, és így a klasszikus módon definiálni lehetne. A hasonlóságok a betegség komplex fogalmában egybeszerveződnek, de megmaradnak hasonlóságoknak annak a reménye nélkül, hogy világos körülírással el lehetne határolni – ráadásul tértől és időtől függetlenül – a betegséget a nem betegségtől. A betegségek csokrának egybefogására nincs megfelelő vázánk. Így mindig ideiglenes megoldásként marad a laza és elszakadással, meglazulással fenyegető megszokás madzagja. Látjuk a betegségek csokrát, az egyes szálak mintha egybe lennének fogva, de csak sejthetjük az összetartó eszközt.

³ A WHO-nak erről az egészségmeghatározásáról mondta Petr Skrabanek: „Az effajta érzést a mindennapi emberek futólag az orgazmus során vagy a kábítószeres lebegés állapotában érhetik el.” *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*, Suffolk, 1994, 42. o.

⁴ A *családi hasonlóság* fogalma Ludwig Wittgenstein filozófiájához kapcsolódik. A család tagjai hasonlítanak egymásra, de nincs közös *differentia specificájuk*, amely alá szubszumálni lehetne – a hagyományos definíció módján – a szereplőket.

A biomedikális⁵ redukcionizmus, amely egyébként oly nagy sikereket ért el a betegségek egy csoportjának technikai kezelésében, a betegség fogalmánál elégtelenként lepleződik le, mint amely – önmagával szembeni elvárásával ellentétben – nem képes a betegségek sokszínűségéről *egyetlen* képletben számot adni.

A betegség mindegyik meghatározása igaz (lehet) valamilyen szempontból, de egyik sem elégséges önmagában. A betegség nevű áteresztő falú tartály résein pedig egyre több jelenség szivárog át – főként egy irányba. Mert a szenvedést minden formájában elutasító, de azzal más eszközökkel megbirkózni képtelen késő modernitás kultúrája olyan nyomás alá helyezi kívülről a betegségtartályt, hogy abba ez idő tájt csak befelé jutnak jelenségek.

A medicinának saját előfeltevései és kulturális környezete nem engedik meg, hogy meghúzza „tárgyának” határait, így kompetenciájának területe is végtelenül bővíthető. Végül arra jutunk, hogy az egzaktuság ideáljának szempontjából gyenge betegségfogalom komolyan hozzájárul ahhoz, hogy a medicina – az orvos számára megannyi szakmai frusztrációt előidézve – oly befolyásos intézmény legyen a mai nyugati kultúrában. A medikalizáció sikeressége pedig paradox módon éppen a mi orvoslásunk saját betegségfogalmára vonatkozó alapelveinek sikertelenségében (is) gyökerezik. Ebben az összefüggésben a betegség biomedikális definíciójának rései tesszik lehetővé a betegségek elburjánzását, mert az élet kellemetlenségei így vagy úgy megfeleltethetők a betegség egyik vagy másik – önmagában egyáltalán nem univerzális – meghatározásának. Ha létezne egy egységes betegségdefiníció, akkor az a medicina határait is világosan megvonná, és egyben lehetetlenné tenné a medikalizációt. Mennyivel boldogabbak is lehetnének orvosaink!

⁵ A biomedikális kifejezést itt is, mint az egész sorozatban, nem „szitokszóként” használjuk, hanem a mai nyugati medicina uralkodó paradigmájának megjelölésére. A körülötte növekvő „rossz közérzet” pedig – mint ez a paradigma maga – a mi megközelítésünkben összkulturális és nem orvosszakmai eredetű.

BETEGSÉG ÉS MEDIKALIZÁCIÓ 2.

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 betegséggelfogását 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 szolgáltatára a funkciók rendelve vannak...”¹ 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

¹ Caplan, A. L.: The concepts of health, illness, and disease, in: Bynum, W. F. és Porter, R. (szerk.): *Companion encyclopedia of the history of medicine*, New York–London, 2001, 243. o.

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 történeti „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 „szenvedésjelenség” kerül orvosi felügyelet alá, azaz sorolódik a betegség fogalmába – lényegében véve problémamentes vagy egyértelműen pozitívan értékelhető. Ugyanis nem történik más, mint hogy 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 „elterpesz-

kedése” 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*),² akkor mintha a *normativisták* érvei lennének erősebbek. A szindróma három fő tünete – a fáradékonyosság, a súlygyarapodás és a szexuális vágy csökkenése – ugyanis a mai nyugati életformához kötődőknek tűnnek fel, és mintha mind a tünetek egymás mellé helyezése, mind ezek betegségként való 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.

² www.hurriedwoman.com.

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 cikkre. 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 minőségét 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 művészekről 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.³

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

³ A fenti koncepciót lásd Fulford, K. W. M.: Analytic philosophy, brain science, and the concept of disorder, in: Bloch, S., Chodoffand, P. és Green, S. A. (szerk.): *Psychiatric ethics*, Oxford, 1999, 161–191. o.

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 bolton kívül, egy szeszföldében, már más „színbén” tűnnének 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 „hajszolt 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.⁴

Úgy is lehet fogalmazni, hogy biomedikális szemszögből a betegség-folyamatok tényei az elsődlegesek, és csak ez után következik, mint hab a tortán, a társadalmi környezet és magának a páciensnek az „igazsága”. Le-

⁴ Vö. Elliott, C.: *Better than well. American medicine meets the american dream*, New York, 2003, 280–284. o.

vezetésünk 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.

A BOLDOGÍTÓ KÉPLET:

$$Y = 2,776X_1 - 0,0607X_2 - 13,007X_3 - 16,796$$

„A pszichiátriai klinikán az ilyen jelenségeket pszichopatológiásnak írják le, de a klinikán kívül romantikusnak nevezik.”

Frank Tallis

A nyájas olvasó meglepődhet azon, hogy a címben egy matematikai képlet szerepel. E rendkívüli eljárást csak az indokolhatja, ha a képlet jelentősége is rendkívüli. És pontosan ez a helyzet. A nemek közötti meghatározó kapcsolatokat érintő olyan fundamentális belátással van dolgunk, amelyhez talán csak az einsteini $E = mc^2$ tudományos hordereje mérhető. Revelatorikus ereje azonban csak megfelelő előkészítés után tárulkozik fel igazán...

A betegség fogalmának és a medikalizációnak az összefüggéseit firtató kis sorozat legutóbbi írása azzal a konklúzióval zárult, hogy a betegség kulturális-társadalmi értékeken alapuló meghatározása igazából megelőzi a biomedikális-tudományos besorolást. Ez még akkor is így van, ha számos betegség esetében – éppen azok univerzális – hasonlósága vagy azonossága miatt a patológiás folyamat tűnik fel alapvetőnek, és a kulturális aspektusok csak színezni látszanak a képet.

Jelen írás arra tesz kísérletet, hogy a szerelemmel illusztrálja a fenti tézist, és bemutassa, hogy a választott jelenség medikalizációjára a tudományos alapok készen állnak, de a kulturális-társadalmi milió egyelőre megakadályozza a medikalizáció kibontakozását. A szerelem ma tudományos szempontból oly mértékig osztozik minden megnyilvánulásában más, már korábban betegségnek nyilvánított, és ekként széleskörűen elfogadott jelenségekkel, hogy – úgy tűnik fel – már csak egy kis lépés hiányzik a szerelem mint olyan pszichiátriai betegséggé nyilvánításához. Ami azonban mennyiségi szempontból „már csak egy kis”-nek látszik, az a kulturális-filozófiai attitűdök szempontjából olyan jelentős fordulatot igényelne, amelyet, úgy látszik, a nyugati társadalmak még nem képesek megtenni. De a dolog nem reménytelen, mert a szerelemmel kapcsolatban kultúránk eddigi története már produkált nagy fordulatokat.

A demedikalizált érzelem

A szerelem sorozatunk szempontjából egyik legfontosabb sajátossága az, hogy szemben az általános medikalizációs tendenciával, éppen az utolsó időkben demedikalizálódott. Különös „fordított arányosságként” a modern medicinát megelőző időszakban hajlottak az orvosok és a társadalom más szereplői is arra, hogy a romantikus szerelmet betegségnek (is) tekintsék, és éppen a modern medicina felemelkedésével párhuzamosan veszítette el ezt a státusát. Kiszorult a medikális problémák növekvő sorából, és kívánatos, sőt, egyenesen ünnepeelt érzelmeként kapott társadalmi besorolást.

„Galénosz idejétől fogva a XVII. századig az orvosok a szerelem-betegséget legitím és hasznos diagnózisnak tekintették. [...] A szerelem-betegség a XVIII. századtól vált kevésbé népszerűvé az orvosok körében, és a XIX. században teljesen érvényét veszti. A XX. századra többé-kevésbé eltűnik az orvosi szótárból.”¹

A hagyományos humorális felfogásban a szerelem mindig is az elme-betegség veszélyével fenyegetett. Sajátosan kétfázisú folyamatként fogták fel, amelyben a test először duzzad a vértől, forróvá és nedvessé válik. Akik túlélik az első lángoló periódust, hamarosan „kiszáradnak”, és jön a melankólia. Az erős érzelmeket az *amor insanus* követi.

A szerelem betegségként való felfogása, a korabeli medikális elmélet általános elfogadottsága „különös módon” egybeesik a házasság és a szerelem viszonyának azzal a meghatározásával, amelyet röviden így lehet jellemezni: a házasság komoly dolog, és nem engedhető meg, hogy a fiatalok hevülete határozza meg azt, hogy ki kivel köti össze az életét. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a szenvedélyen alapuló kapcsolat idioszinkráziáját elválasztották a házasság racionálisan megalapozott, életre szóló, felbont-hatatlan intézményétől. A szerelmet alkalmatlannak tekintették arra, hogy szilárd társadalmi intézmény alapjait jelenthesse. Így csak múló deviancia lehetett, amely azonban – olykor súlyos következményei miatt – orvosi kezelést tesz szükségessé. A szenvedélyes vagy romantikus szerelem fé-

¹ Tallis, F.: *Love sick. Love as a mental illness*, New York, 2005, 31. o.

nyes oldala erőteljes örömmel, szenvedéllyel, sőt, eksztázissal jár, de ezt árnyékként kíséri a szorongás, a féltékenység, a bánat, sőt, a kétségbeesés. A hitvesi szeretet ezzel szemben nyugodt, kiegyensúlyozott, az együvé tartozás felelősségével kísért, erős kilengésektől mentes érzés. Akkoriban mindenki úgy érezte, hogy az előbbi abnormális, az utóbbi normális; az előbbi irracionális, az utóbbi racionális.

A házasság és szerelem viszonyának későbbi megváltozásával egyben a szenvedélyes érzelem *demedikalizálódott*. Amint kultúránk individualizmus – a személy identitásának és „önmegvalósításának” hangsúlyozásával – a XIX. századtól látványosan utat tört magának, a szerelem az egyéni szabadság megnyilvánításának egyik legerőteljesebben kultivált mozzanatává nőtte ki magát. A házasság és a szerelem viszonya megfordult, immár nem a házasság során szeretik meg egymást a felek, hanem a házasság a szerelemmel kezdődik, egyenesen a szerelem válik a frigy legfőbb indokává és alapjává.² Ebben a pillanatban a szerelem elveszítette *par excellence* betegség jellegét, és – a házasság mint magától értetődően normális társadalmi intézmény megalapozójaként – kívánatos állapottá vált, amelyet csak enyhén árnyékolnak be az irracionalitására utaló megjegyzések, olyanok mint „az egyetlen pozitív pszichózis” és „az eszelősen szerelmes”. A romantikus érzelem ezzel a kulturális-társadalmi normalizálással párhuzamosan kívül került a medicina hatókörén. A szerelmi bánatot az alkohol, a barátok vagy egy újabb kapcsolat gyógyítja, de semmiképpen sem az orvos.

² A *Hegedűs a háztetőn* egyik jelenetében a főhősnek szöveget üt a fejében, hogy a fiatalok új divatként a szerelemre akarják alapozni házasságukat. Ebbéli felindulásában idősebb feleségét faggatja, hogy az szereti-e őt. Az asszony, aki hosszú évtizedek óta társa, és akivel a tradíciónak megfelelően először az esküvőjükön látták egymást, még a kérdés felvetését sem érti. Majd miután felsorolják hosszú házasságuk élményeit, végül közösen rájönnek, hogy minden mögött az egymás iránt érzett szeretet van. Az ilyen házasságban a szeretet eredmény, a modernben előfeltétel.

A szerelem remedikalizációja

Az utóbbi években a medicinával kapcsolatos tudományok területén számos olyan lépés, felfedezés történt, amelyek megkérdőjelezték a szerelem rendkívüliségét és egyedülállóságát az elmeállapotok sorában, és főként azt, hogy minden tekintetben pozitív folyamat lenne. A kétely nagyjából két irányban bontakozott ki. Először is, úgy tűnik fel, hogy a szerelem számos megnyilvánulása, megélése fenomenológiailag azonos más, már korábban pszichopatológiainak nevezett lelki jelenségekkel. Másodszor, ezt a tünetek szintjén való hasonlóságot vagy egybeesést sikerült agyi (biokémiai) folyamatokra visszavezetni, és az azonosságokat ezen a szinten is felmutatni.

Az előbbire példa a szerelem olyan pszichiátriai diagnózisokhoz való hasonlósága, mint a kényszerbetegség, a depresszió, a mánia és a mániás depresszió. Ezek a hasonlóságok már tradicionálisnak mondhatók, de más lelki problémákkal is rossz hírbe keveredett a mindent elsöprő szenvedély. „Például az az izgalom, amely a kedvessel való találkozást megelőzi, gyakran olyan fizikai tünetekkel párosul, amelyek a pánikroham alatt jelennek meg: kalapáló szívverés, remegés, légszomj és szédülés. A kapcsolat jövőjére vonatkozó erős aggodalom a generalizált szorongáshoz hasonlatos; az étvágy zavara és a küllem iránti érzékenység az anorexia nervosára emlékeztetnek; és az az érzés, hogy az élet »álommá vált« a derealizációra (a világ nem valóságosként való megélése) és a deperszonalizációra (a self nem valóságosként való megélése) utalnak.”³

A másik betegséggé avató aspektust olyan közös kémiai alkotók jellemzik, amelyek addikcióhoz teszik hasonlatossá a szerelmet. Ilyen vegyület a PEA nevű amfetaminszerű anyag, vagy olyan félelemhormonok, mint az adrenalin és a noradrenalin. A szenvedélykeltésben döntő szerepet játszanak az endorfinok és az oxitocin is. A képpalkotó eljárásokkal az agyról nyert információk pedig azt mutatják, hogy a kokain és az opiátok keltette eufória során ugyanazok az agyi területek mutatnak fokozott aktivitást, mint a szerelem esetében. Ez érvényes a kényszerbetegségre is, amelynél

³ Tallis 2005, 58. o.

rádásul az agy alacsony szerotonin szintje is a romantikus érzés során mért-
hez hasonlatos.

Ezekből az következik, hogy élettudományos szempontból szerelmes-
nek lenni és elmezavartnak lenni hasonló állapotok.

A vonzalom képlete vagy kép(let)telensége

Ez a tudományos attitűd csúcsosodik ki az írás című válaszított képlet-
ben, amelyet kísérleti megfigyelések során nyertek, és amely az evolúció-
san kódolt vonzó férfi képlete. Ebben az egyenletben y a predikált vonzó-
ság, az x_1 a testtömegindex, x_2 a testtömegindex a négyzetben, x_3 a derék-
mellkas arány.⁴ E matematikai összefüggést a szerelem kiváltó képletének
is nevezhetjük, hiszen az ez alapján legmagasabb értéket elérő férfi esélyes
leginkább szerelemben ejteni a nőt (*best-fit model*). Ezzel végre sikerült
igazán tudományosan (megmérten) a szerelem alapjaihoz férköznünk. Mi
van azonban, ha egy nő nem találja „kielégítőnek” ezt, és azt mondja, hogy
„*I have every reason to love you. What I lack is the unreason.*”⁵ Az angol
szójáték valami olyasmit tesz, hogy nagyon ésszerű lenne önt szeretni, csak
éppen az ésszerűtlenség hiányzik ahhoz, hogy ez bekövetkezzen. Azaz a
vonzalom túl van minden ésszerű képletben; a szerelem értéke éppen irra-
cionalitásában (is) van, és bármilyen egyenlet csak kalodába zárja. A kép-
let azt a kérdést veti fel, hogy a szerelem napjainkban megmarad-e az ész-
szerűtlenség legitim kicsiny szigetének, vagy ellenkezőleg, az ésszerűség
iránti keresztes hadjáratunkban ettől is meg kell tisztítani kultúránkat.

A tudomány tehát, úgy tűnik fel, a maga nyelvén megragadta a szerel-
met – és többé nem ereszti. De még nem uralja a szerelemmel kapcsolatos
korszellemet. Ez a konstelláció éppen arra utal, hogy a medikalizáció egy-
általában nem medikális vagy tudományos belügy, hanem csak szélesebb
kulturális folyamatok „engedélyével” mehet végbe. A szerelem esetében
kultúránk egyelőre medicinán kívüli eszközökkel is kezelhetőnek tartja ezt

⁴ Maisey, D. S., Vale, E. L. E., Comelissen, P. L. és Tovée, M. J.: Characteristics of male
attractiveness for women, in: *The Lancet* 9163 (1999), 1500. o.

⁵ Tallis 2005, 83. o.

a „problémát”: olyan devianciának tekinti, amely legtöbbször magától normalizálódik. A szerelem *gyakorlati* remedikalizációja attól függ, hogy kultúránk hajlandó-e ezt az átértékelést véghezvinni.⁶ Ez pedig döntően kapcsolódik ahhoz, hogy a házasságnak hogyan változik a helyzete. Megtartja-e szerelmi indíttatását, vagy a magányos szívek azilumává válik? Ezt a perspektívát villantja fel Leonard Cohen: „Ah kedves, házasodjunk össze, / olyan sokáig voltunk magányosak. / Legyünk magányosak együtt.” Esetleg a megegyezésen alapuló házasság intézménye megújított aspektusokkal visszatér? Mindenesetre, a modern házasság rohamosan kibontakozó válsága végül elérheti egyik legfőbb alapját, a romantikus szerelmet is. Ha ez bekövetkezik, akkor az újfent veszélyessé minősülhet, devianciává válhat (mint a „régii szép időkben”), és akkor harcba küldhetjük a szerelem megzabolázására a modern medicina egész fegyvertárát.

Utópikus fantáziánkat elszabadítva már szinte halljuk a vehemens vitát arról, hogy lehet-e az orvos szerelmes, vagy a szakma etikai normáiba ütközik abban az elmebetegségben szenvedni, amelynek gyógyítására az orvos rendeltetett...

⁶ Epstein R. *Editor as guinea pig* című szerkesztőségi cikkében egy saját magán végrehajtandó kísérletet jelentett be, amelynek célja a megegyezésen alapuló házasság (*arranged marriage*) bizonyos elemeinek „desztillálása”, amelyek jótékonyan hathatnak a nyugati házasságra. A félévesre tervezett kísérletben a társ résztvevő feladata az, hogy minden módon jótékonyan működjön közre a kettőjük közötti szeretet létrejöttében. Így igazolni lehetne a nem „szerelem első látásra” típusú kapcsolat létjogosultságát, sőt, talán fölényét is. Lásd *Psychology Today*, 2002, www.psychologytoday.com/articles/200206/editor-guinea-pig.

A GYENGÉBB NEM ERŐS NEMJE

„A tudományos dogmatizmus a status quót úgy állítja be, mint a törvények szükségszerű következményét: ahhoz tehát, hogy újra megnyíljanak a fejlődésnek azon lehetőségei, amelyeket a kondicionálás folyamatosan elzár, a nőknek meg kell tanulniuk, hogyan vonhatják kétségbe a női normalitásról szóló legalapvetőbb feltételezéseket.”

Germaine Greer

A nőiség vizontagságai

Korábban már foglalkoztunk a nőiség és a medikalizáció összefüggéseivel. Talán már akkor is sikerült nyilvánvalóvá tenni sorozatunk egyik alapítását: a medikalizáció nem a medicina belügye, hanem mindenkor megjelenésében a kulturális megrendelések, ezek medikális teljesítése, illetve a medicina ajánlatainak és kulturális-társadalmi elfogadásuknak bonyolult körkörös játékában megy végbe. A nőiség helyzetében beállott modern fordulatnak valamikor a XVIII. század végén jelentek meg a „tünetei”. A nők hagyományos, a „testhőben” való csekélyebb részesedésükön alapuló évezredes alacsonyabbrendűségét a liberális eszmék térhódításával komoly kihívás érte. Ha minden ember szabadnak és egyenlőnek született, akkor ez megilletné a nőket is. Ezt a nemi fordulatot azonban komolyan senki sem akarta (talán még a nőket is beleértve). Ezért olyan ideológia után kellett nézni, amely megalapozza és igazolja a dolgok e téren való alapvető változatlanul hagyását. Ha a nők mégsem felelnének meg teljesen az ember definíciójának, akkor egyszerre lehetne fenntartani az emberi egyenlőség eszméjét és a nemek gyakorlatilag változatlanul hagyott viszonyát. A korabeli attitűdnek megfelelően a vallási szövegek immár nem alapozhatták meg a nőiségről való új tudást. Ezért a természethez fordultak azzal az előfeltevéssel, hogy ha sikerül megállapítani a nemek helyét a természetben, akkor egy ennek a konstellációnak megfelelő társadalmi berendezkedés, és a nemek így megalapozott státusa garantálja a társadalmi harmóniát. A megfelelő tudásért az orvosi és természettudományokhoz for-

dultak, amelyek azt a választ adták – „objektív és elfogulatlan” vizsgálatok alapján –, hogy a nők egyszerűen nem érték el a fehér férfi biológiai fejlettségi szintjét. Mindenekelőtt hójával vannak az észnek és az intellektusnak, amely az ember megkülönböztető jegye. Ezzel szemben tiszteletre méltó kötelességük a faj fenntartásáról gondoskodni. A nő a természetet jelentette a születő modern társadalomban: az alapzatot, amelyre a kultúra épül, de egyben az ösztönök és szenvedélyek veszélyes, társadalmi felfordulással, végső soron hanyatlással fenyegető arcát is.

A női test ezért racionális kontrollra szorult, amelyet a tudományosan megalapozott medicina képes leginkább nyújtani. Ezért – a normális férfi test mellett – a medicinának külön meg kell birkóznia az alkatilag beteges női testtel is. Az etalonnak számító férfi testtel mint *par excellence* emberi testtel foglalkozó általános medikális irányultság mellett ezért is hoztak létre egy speciális szakmát, a nőgyógyászatot, amely ezt a korabeli kulturális-tudományos attitűdöt „szakmásította”.¹ (A férfigyógyászat ezt majd csaknem száz évvel követi.)

Vajon túl vagyunk-e?

Mármost hajlamosak lennénk azt gondolni, hogy „ez már nagyon régen volt”, és „hol vagyunk már ettől”. Sőt, hogy mi vagyunk azok a szerencsés fickók, akik a világtörténelemben először olyan periódusban élünk, amely mentes az efféle elfogultságoktól. Amire a száz évvel ezelőttiek hivatkoztak – az objektivitás és elfogultság – végre nekünk tényleg osztályrészül jutott, mert a mai tudomány már mentes a kulturális előítéletektől, hiszen végre – ideáljának megfelelően – képes egy „kultúra feletti” nézőpontot érvényesíteni. És különben is, a politikai egyenjogúság kulturális programként megvalósulóban van. Nyilván, ezért nem is nehezedik nyomás a tudományra, hogy a megrendelésnek megfelelően mutassa be a nemek helyzetét. Ha így vélekednénk, persze éppen a tudomány jó szkepszisének alap-

¹ Természetesen egy ilyen fontos szakmai munkamegosztás létrejöttét mindig több tényező befolyásolja. Ezért nem állítható, hogy a nőgyógyászat pusztán „nemi elfogultság” alapján jött volna létre. Ezért szerepel a főszovegben az „is” szó.

ján gyanúsak lehetnének magunk számára, hogy e saját korunk és tudásunk rendkívüliségének hitén alapuló nárcizmusunk talán még nagyobb „vakfoltot” takar el, mint elődeinknél.

A következő példa azt hivatott illusztrálni, hogy a „problematikus nem” több kulturális lepellel takarva, még mindig megrendelést jelent a medicina számára.

1985 novemberében éppen az amerikai pszichiátriai nozológiai rendszer, a DSM-III felülvizsgálatával foglalkozó bizottság ülésezett. A mazochista személyiségzavar kritériumában próbáltak megegyezni, amikor az elnök felesége, aki az egyetlen nő volt a testületben, megjegyezte az egyik javasolt tünetnél, hogy „Olykor én is ezt teszem”, amire az elnök úgy reagált, hogy „Oké, vegyük ki.”²

A jelenet a DSM átdolgozását övező politikai háborúság egyik ütközését idézi fel. A bizottság több tagja számára magától értetődőnek tűnt, hogy a mazochizmust valamiképpen felveszik rendszerükbe, hiszen ennek a kórképnek komoly tradíciója van. Számos kritériumot találtak megfelelőnek e betegség leírásához: emberekben és helyzetekben rosszul választ, elutasítja a segítséget, nem megfelelően boldog, megharagít embereket, nem éri el a saját céljait és áldozatokat hoz mások számára.³

A kritikusoknak azonnal feltűnt, hogy ezek a tünetek az amerikai tömegkultúra hedonista, individualista és teljesítményorientált attitűdjeinek hátterével rajzolódnak ki „abnormális” jelenségekként. Továbbá – és ez bizonyult igazán végzetesnek a küzdelmek során végül „önsorsrontó személyiségzavarnak” átnevezett kategória számára – feltűnő volt, különösen a kicsit is feminista hajlandóságú megfigyelők számára, hogy ez – úgy tűnik fel – egy nőkre specifikált betegségkategória: olyan értékeket fogalmaz meg, amely az amerikai férfi céljait tekinti meghatározónak, és ezért a nők valóságos helyzetét és attitűdjeit ennek fényében hajlamos betegségnek leírni.

² Vö. Kutchins, H. és Kirk, S. A.: *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and creation of mental disorder*; New York, 1997, 141. o.

³ Kutchins és Kirk 1997, 134. o.

A velünk élő elfogultság

A kategória bevezetése ellen küzdők felhívták a figyelmet a „kórkép” tudományos megalapozatlanságára és azokra a kulturális előítéletekre, amelyek megalapozzák és átszövik az állítólagos tüneteket. Arra is rájöttek, hogy az egészségügyi rendszer működésének logikáját a saját javukra fordíthatják. A biztosítótársaságok ugyanis nem finanszíroznak nem hivatalos betegségkategóriát, amely iránt ennek következtében előbb-utóbb a szakma is elveszíti az érdeklődését. Így egy szellemes taktikát dolgoztak ki. Egy új betegségre tettek javaslatot: a „delúziós domináló személyiségzavarra”. Ennek a következő sajátosságai lennének: számos érzelem azonosítására és kifejezésére való képtelenség; a közeli hozzátartozók érzéseire és szükségleteire adandó megfelelő válaszra való képtelenség; erő alkalmazására, elnémításra és elkerülésre való tendencia az interperszonális konfliktusokban; túlzott igény a saját maga fontosságának kiemelésére; olyan nők általi mértéktelen fenyegetettség megélésére való tendencia, akik nem rejtik véka alá intelligenciájukat; olyan delúziók jelenléte, hogy a nők szeretnek szenvedni, hogy a pornográfia és az erotika azonosak, hogy a fizikai erő a legjobb módja az interperszonális problémák megoldásának; a társadalmi fontosság megerősítésére való igény, annak révén, hogy önmagukat konvencionális értelemben fizikailag vonzó nők társaságában mutatják, akik fiatalabbak, alacsonyabbak, kisebb súlyúak és engedelmesebbek, mint ők maguk.⁴

A javaslattevők felhívták a figyelmet arra, hogy számos vezető beosztású férfi ebbe a kategóriába tartozik. Végül is a feministák akciói sikeresek voltak abban az értelemben, hogy mind a két rivális betegség egymást ütötte ki, és kimaradtak a következő nozológiai rendszerből⁵.

A történet azért is tanulságos, mert a medikalizáció során más esetekben sokkal rejtettebben keveredő kulturális-politikai és tudományos aspektusok könnyen leleplezhetővé váltak. A nőiség fontos vonásainak betegségként való kezelésére irányuló akarat tudományos nozológiaként kísérelt meg érvényességet szerezni magának. Ezt két párhuzamos tendencia

⁴ Kutchins és Kirk 1997, 168. o.

⁵ A DSM IV-ből, ami 1994-ben jelent meg. (A szerkesztő, Kőműves Sándor megjegyzése.)

is leleplezte. A pszichiátriai betegség kategorizálásáról egy bizottság döntött szavazással. De ami ennél is fontosabb, a feministák akciója a tradícióra nem támaszkodó, de leíró részében a női diagnózis „tükrözéseként” megalkotott, nyilvánvalóan a kortárs kultúrában férfias vonásokként meghatározott jellegzetességek medikalizálásával a bizottságot eredeti szándékai feladására kényszerítette. Az azonos funkciójú „bábuk” cseréjével, a sakk-tábláról – legalábbis ideiglenesen – lekerült egy, a nőiséggel szemben elfogult betegségkategória.

Az a kettősség, hogy az „önsorsrontó személyiségzavar” első hallásra plauzibilisnek tűnt fel, míg a neki megfelelő férfias „betegséget” azonnal elvetették, egyben azt is leleplezte, hogy a női „kórkép” mögött pusztán a nőiség mazochista jellegének tradicionális felfogása állt, amelyet, amikor valódi tudományos érvekre lett volna szükség, nem tudtak alátámasztani.

A gyengébb nem képviselőinek erős nemje megakadályozta a kulturálisan meghatározott nőiség vonásainak medikalizációját. De egy pillanatig se gondoljuk, hogy ezzel a nőiséget medikalizáló tendenciák végleg zátonyra futottak.

Újra és újra felbukkannak jelöltek a feminitás ilyen vagy olyan aspektusainak „megbetegítésére”. Manapság a „női szexuális diszfunkció”, a női vágy zavara sópör végig járványként az amerikai nők körében, és állítólag 43%-ukat érinti. Természetesen, ha valaki nem vágyik annyiszor és úgy a szexre, ahogy a szakértők által elő van írva, akkor gyógyszerre szorul. De, ahogy a női szexualitás medikalizáló leegyszerűsítésének egy kritikusa megfogalmazta: „A szex olyan, mint a tánc. Ha tánc közben a bokádat töröd, orvoshoz mész. De az orvos nem veszi fel a tánc történetét, és nem adna tanácsot arra vonatkozóan, hogy a táncod normális-e. Az orvosi modell az egészséges és a beteges meghatározásáról szól – de a szex nem ilyen dolog.”⁶

Vadonatúj kórjelöltként felbukkant a hajszolt nő szindróma, amely egyszerűen szólva a versenytársadalom által kikényszerített családanya életformájának következményeit szándékozik orvosi diagnózis és terápia segítségével megoldani.

⁶ Moynihan, R.: The making of a disease: female sexual dysfunction, in: *British Medical Journal* 7379 (2003), 45–47. o.

Nem érezzük-e, hogy ez a törekvés nemcsak a nők számára jelent kategóriahibát, hanem csapdát állít a medicina számára is?

Vajon hány segíteni kész orvos esik bele?

A BETEGSÉGÜZLET

Feszültségek a gyógyszeripar, a betegek és a medicina viszonyában

„...az orvosi tudás átalakulása közjóból – amelyet egészségünk javítását szolgáló képessége alapján lehet felbecsülni – áruvá, melyet kereskedelmi értéke mutat meg.”

John Abramson

A reményvesztett beteg

A medicina kortárs folyamatait belülről és jól ismerő *Marcia Angell*, aki az egyik vezető orvosi folyóirat, a *The New England Journal of Medicine* szerkesztőségében dolgozott húsz éven keresztül, és végül főszerkesztőként köszönt el a laptól, azt tanácsolja a betegeknek, hogy következő kérdéseket tegyék fel az éppen gyógyszerfelíráshoz készülődő orvosuknak:¹

„Mi a bizonyíték arra, hogy ez a gyógyszer jobb, mint egy másik szer, vagy más kezelési módszer? A bizonyítékot egy lektorált orvosi folyóiratban tették közzé? Vagy Ön gyógyszerügynököktől származó információra támaszkodik? [...]

Ez a gyógyszer csak azért jobb-e, mert nagyobb adagban kell szedni? Nem lenne-e egy olcsóbb szer éppen olyan hatékony, ha egyenértékű adagban szedném?

¹ A betegségüzletről szóló sorozat az angolszász szakirodalomban megjelenő argumentumokra támaszkodik, és ennek megfelelően közvetlenül nem tükrözi a hazai viszonyokat. A szerző ezekkel kapcsolatban inkább csak sejtéseire, személyes tapasztalataira támaszkodhat. Ezek alapján legfeljebb azt fogalmazhatja meg, hogy bizonyos aspektusokban a magyar helyzet hasonló vagy azonos az angolszász sajátosságokkal, más pontokon azonban lényeges különbségek vannak. Mindazonáltal a külföldi tapasztalatok és az ezek nyomán „fokozódó helyzet” arra utal, hogy a veszélyes vagy kételyeket ébresztő mozzanatok hazai megvitatása megakadályozhatná, hogy a gyógyszeriparral kapcsolatosan a medicina komolyabb szakmai és morális válságba kerüljön (van éppen elég hazai-specifikus baja), és hogy emellett minden, a játszmában érdekelt fél – a gyógyszeripar, az orvos és a beteg is – kompromisszumok során át megkapja azt, ami neki jár.

Az előnyök megérik-e a mellékhatásokat, a költséget és a más, általam szedett gyógyszerekkel való kölcsönhatásokat? [...]

Ez egy ingyen minta? Ha így van, létezik-e a számomra is alkalmazható generikus szer vagy egy ezzel egyenértékű gyógyszer, amely olcsóbb, ha az ingyen minták kifognak? [...]

Fűzi-e Önt valamilyen pénzügyi kapcsolat e gyógyszer gyártójához? Például, ad-e tanácsokat a társaságnak? Az ingyen minták mellett kap-e ajándékokat a gyógyszergyártól? Kap Ön fizetséget azért, ha engem erre a gyógyszerre beállít, vagy beszervez egy gyógyszer-gyári kutatásba? Szán-e időt arra, hogy gyógyszerügynökök meglátogassák?

Ha bármelyik kérdésre igen a válasz, akkor gondolkozzon el azon, hogy ne váltson-e orvost.²²

Ha ehhez hozzátesszük, hogy a különböző országokban végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy az orvosok 80–95%-a rendszeresen lát gyógyszerügynököt,³ akkor arra a következtetésre vagyunk kénytelenek jutni, hogy az Angell javasolta megoldás különösen nehéz helyzetbe hozza a gyógyszerére váró beteget, mert ha meg is fontolná aktuális orvosa „leváltását”, alig van esélye arra, hogy olyan másik orvost találjon, akinek a megtartását illetően ne kellene ismét gondolkodóba esnie. Egy esélye marad a „tartós” megoldásra, ha az egész hivatalos orvosi szakmát leváltja önmaga számára. De – az abszurd helyzetet fokozva – még ekkor sem lelné meg a lelke nyugalmát. Mert vagy az alternatív és kiegészítő medicina valamelyik irányzatához és annak képviselőjéhez vezetne az útja, ahol részben az ott alkalmazott gyógyító szerekkel kapcsolatban – talán némiképp rejtettebben – hasonló problémákba ütközne, mint a hivatalos medicina aktorai esetében, vagy öngyógyításra lenne kénytelen hagyatkozni, ahol is megfelelő remediumok kiválasztása során pontosan azokkal a kereskedelmi fogásokkal találkozna, amelyeket éppen elhagyni szándékozott orvosán számon kér.

² Angell, M.: *The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it*, New York, 2004, 261–262. o.

³ Moynihan, R.: Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies 1. Entanglement, in: *British Medical Journal* 7400 (2003), 1189–1192. o.

A beteg tehát orvosára gondolva és kétségek által gyötörten tépkedi a „szeretem/nem szeretem” virág szirmait, és hamarosan arra kell rájönnie, hogy számára a helyzet rövid távon úgyszólván reménytelen. Bizalma ugyan megrendült a gyógyszeripari kapcsolatokat ápoló orvosa iránt, de alig van esélye arra, hogy a gyógyulásához szükséges hithez és együttműködéshez egy másik bizalmi személyt találjon önmaga számára.

Orvos a csapdában

Az orvos, aki a fenti betegnek szánt tanácsokat olvassa, valószínűleg osztzik annak a 80–95%-nak a sorsában, akik a kollégái közül ilyen vagy olyan anyagi kapcsolatban állnak a gyógyszeriparral. Részese az „étel, körüludvarlás és barátság” (*food, flattery and friendship*) nevezett folyamatnak, amelyben az ipar megkísérel minél nagyobb befolyást gyakorolni az orvosok gyógyszerfelírási szokásaira.

Jól ismert kép, hogy „számos nagy szakmai találkozó bazárra hasonlít, amelyet hivalkodó gyógyszergyári bemutatók és barátságos kereskedők uralnak, akik buzgón látják el az orvosokat ajándékokkal, miközben a vállalatuk által gyártott gyógyszerről mesélnek. Az orvosok a gyógyszergyári logókat hirdető, finomságokkal teletömött reklámszatyrokkal kószálnak a hatalmas kiállítótermekben, ingyen ételt majszolnak, és mindenféle ingyenes szolgáltatásban részesülnek, mint a koleszterinellenőrzés és golfgyakorlás. Józan professzionalizmus helyett e találkozók légköre inkább a kereskedelmi bemutatókat idézi.”⁴

Az orvosok nagy része számára egy mai szakmai konferencia a legnagyobb magától értetődőséggel ilyen... A szakmai előadások és szemináriumokon túli látványosságokat természetesnek veszik, a konferencia szó „definíciójához” tartozónak tekintik. Természetesen olyan „körítésnek”, amely nem befolyásolja a lényegét, az előadások és az írott szakmai megnyilvánulások igazságtartalmát. Az orvos szakmai identitásának egyik meghatározó fundamentumát jelenti az a meggyőződés, hogy a hozzá bármilyen *hivatalos* forrásból – szaktekintélyek előadásaiából, szakfolyóiratok cikkei-

⁴ Angell 2004, 145. o.

ből és a gyógyszergyárak broszúráiból – eljutó információk hitelesek és igazak, azaz megfelelnek a tudomány mai állásának, és tartalmazzák az illető gyógyszerrel kapcsolatos összes fontos információt.

De mi van akkor, ha az orvos bizalma ezekben az információforrásokban éppen úgy megrendül, mint a neki kérdéseket feltevő betege bizalma öbenne?

John Abramson egy helyen arról számol be, hogy amikor az egyik kollégájának megemlítette, hogy az egyik új gyulladáscsökkentő sokkal több komplikációt okoz, mint a régebbi, akkor azonnal azt a választ kapta: „Nem hiszem el!” Amikor a gyógyszergyár által nyilvánosságra hozott adatok elemzésére hivatkozott, akkor a „Még mindig nem tudom elhinni!” választ kapta. A szerző megjegyzi, hogy őt ez egy komédiára emlékezteti, amelyben a feleség a hálószobába lépve a férjét egy másik nővel találja. A feleség döbbenetben áll, és megpróbálja megérteni a helyzetet. A férj pedig így fakad ki: „Kinek akarsz hinni, nekem vagy a hazug szemeidnek?”⁵

A tamaskodó kolléga reakciója teljesen érthető, mert nem pusztán a konkrét gyógyszer iránti kételyt ébresztő tényekre irányul, hanem „a szakmai tudását megteremtő és szentesítő rendszer iránti bizalom szükséglete [vezeti]. Enélkül megbénítaná a kétely a döntések miriádjainál, amelyeket nap mint nap meg kell hoznia.”⁶

Az előbb azt láttuk, hogy a beteg bizalma rendül meg orvosában, most pedig az fenyeget, hogy az orvos bizalma veszhet el saját szakmája tudásának megalapozottságában.

A profitkényszer szorításában

Az 1998 és 2002 közötti öt évben 415 új gyógyszert fogadott el az FDA (Food and Drug Administration⁷). Ezekből 133 (32%) volt „új molekuláris

⁵ Abramson, J.: *Overdosed America. The broken promise of american medicine*, New York, 2004, 203. o.

⁶ Abramson 2004, 203–204. o.

⁷ Amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatal. (A szerkesztő, Kőműves Sándor megjegyzése.)

entitás”, amelyekből 58-at minősítettek olyannak, amely lényeges javulást hoz a már piacon lévő szerekhez képest. Ez az összes új szer 14%-a.⁸

Ebből az következik, hogy nagy feszültség van a piacon „önmagukat” eladó igazán új szerek viszonylag csekély száma és az ipar növekedési, profitszükségletei között. Némi leegyszerűsítéssel azt lehet mondani, hogy a gyógyszeripar kénytelen ezt a szakadékot különféle marketingmódszerekkel áthidalni. E profitnövelést célzó technikák azonban olykor olyan „mellékhatásokkal” járnak, amelyek a médiumokban nagy hullámokat verő botrányokhoz, a gyógyszerek veszélyes mellékhatásaira figyelmeztető új feliratok megjelenéséhez, sőt, olykor egyes gyógyszerek piacról való visszavonásához vezetnek. E folyamatok következménye az, hogy megrendül a bizalom a gyógyszerek hatásosságában és biztonságában. Ennek folyamányaként hosszabb távon, a szándékolt hatások ellenkezőjeként a gyógyszeripar megbízhatósága és szavahihetősége kérdőjeleződik meg.

Ráadásul az elmúlt húsz év piacbővítési technikái esetleg még nehéz időszakba is vezethetik a gyógyszeripart. „Ha 1980 volt az az év, amikor látványos növekedése megindult, akkor 2000 talán az az év, amikor a lecsúszása megkezdődött. [...] Miközben a gyógyszeripar még mindig óriás, de egy küszködő óriás.”⁹ Ezért aligha tehet mást, mint hogy előbb-utóbb módosítja a profitszerzés eddigi módszereit.

Vakhit helyett szkepszis

E hármás „bizalommegrendülés” arra utal, hogy az angolszász országokban mára komoly feszültség halmozódott fel a gyógyszeripar és fogyasztói között, amelynek hosszú távon komoly káros hatásai lehetnek magára a medicinára nézve is. Valaki úgy fogalmazta meg a megoldás felé vezető út alapattitűdjét, hogy „Ne a rókát hibáztasd, ha megfogja a tyúkot, hanem a gazdát, aki nyitva hagyta a kertkaput!” Úgy tűnik fel, hogy az egyre feszültebb helyzetet nem lehet azzal megoldani, hogy a szereplők közül az

⁸ Angell 2004, 54–55. o.

⁹ Angell 2004, 217., 236. o.

egyiket – a gyógyszeripart – kinevezzük bűnbaknak. A helyzet normalizálásához a játékszabályok újrafogalmazására van szükség, amely közös felelőssége a gyógyszeriparnak, az orvosi szakmának, a betegeknek és az államnak.

Az orvosi szakma szempontjából valószínűleg az a legfontosabb új követelmény, hogy vakhit helyett egészséges szkepszist alakítson ki a gyógyszeriparral folytatott sokszálú kapcsolatában. Mert, ha nem dolgozza ki autonóm önvédelmi képességeit és szerepét, akkor könnyen a medicina történetének egyik legnagyobb erkölcsi válsága elé nézhet – mert végül is az orvos írja fel, rendeli a gyógyszert. És a remediumok használatánál legalább a „Ne árts!” hippokratészi parancsának meg kell felelni.

A GYÓGYSZER DISZKRÉT BÁJA

„A gyógyszerek azt vitték véghez a medicinában, amit az írás, és különösen a nyomtatás tett a tudással.”

Van der Geest – Whyte

Ha szokásunknak megfelelően egy filozófiai nézőpontot akarunk érvényesíteni a medikalizáció jelenségeit tárgyalva, akkor – a múltkori expozíciót követően – talán nem a gyógyszeripar és a medicina kapcsolatainak jelenségszintű leírásával kellene kezdenünk a téma tárgyalását, hanem rá kellene kérdeznünk azokra a kulturális alapvetésekre, már-már ösztönünkkel vált attitűdjeinkre, amelyek lehetővé teszik a gyógyszeripar kiemelt fontosságát a mai nyugati egészségügyi rendszerekben.

„A klinika gyógyszer nélkül olyan, mint a bár sör nélkül”

A gyógyszerek kiemelkedő jelentőségét hatásosságuk önmagában nem magyarázza meg. A hatásosság mellett a gyógyszerek népszerűségét sajátos kulturális jelentésük is meghatározza. Ez egy kettős, első látásra ellentmondó pólusokat tartalmazó erőterben ragadható meg. Egyfelől, a gyógyszerek lehetővé teszik a kötelek lazítását a szakemberek és a páciensek között; az egészségügyi rendszeren és szakmai felügyeleten kívül is végbemeget az öngyógyító folyamat. A gyógyszerek kis méretük, könnyű hordozhatóságuk, átadhatóságuk miatt oldják a páciens függőségét az egészségügyi intézményrendszertől és attól a társadalmi ellenőrzéstől, amely a specialisták képében a páciens teste fölött megjelenik. „Megtöri a szakemberek hegemoniáját, és lehetővé teszi, hogy az emberek önmagukon segítsenek.”¹ A gyógyszer nemcsak az egészséges, hanem a beteg test feletti önkontroll szabadságát is megadni látszik.

Másfelől, a pirula a maga belső gyógyító erejével a medikális tudás foglalat, amely mégiscsak „az orvosoktól jön”. Amikor valaki gyógyszert

¹ Van der Geest, S. és Whyte, S. R.: The charm of medicines. Metaphores and metonyms, in: *Medical Anthropology Quarterly* 4 (1989), 345–367. o.

szed, akkor egyben orvost is „szed”. Bálint Mihály híres tételét alkalmazva: Nemcsak arról van szó, hogy az orvos személye gyógyszerként szerepel a gyógyító kapcsolatban, hanem az is megáll, hogy a gyógyszer valamiképpen az (elképzel) orvos személyének sűrített megjelenési formája is.

A gyógyszert tehát szakemberről való leválaszthatósága, könnyű átadhatósága különösen kívánatosá teszi (potenciális) fogyasztói számára, de egyben fontos összekötő kapocsként szerepel a laikus közönség és a medikális nézőpont, praxis közös találkozási felületének megalkotásában is. Ugyanis a gyógyszer alkalmas a nehezen megragadható testi érzések eltárgyasítására, így a betegség vagy szenvedéssel, fájdalommal járó állapot általa megragadhatóvá, kézzelfoghatóvá válik.

Az aszpirin például könnyebben kommunikálhatóvá és értelmezhetővé teszi a páciens számára saját fájdalmát, mert a fájdalom az lesz, amire „aszpirint kell szedni”. A fájdalomcsillapító segít nyilvánossá és egyben kommunikálhatóvá tenni az először még teljesen az egyénbe zárt kint; közös anyagi alapot jelent, amely azzal, hogy a fájdalom külső szimbólumaként funkcionál, közös nevezőt teremt a beteg, a szakember és más laikusok számára.

A gyógyszer kettős arca és hatása a medicinára

A gyógyszer magában foglalja a kultúránkban nagyon magas presztízsnak örvendő technomedicina, az új technológiákat létrehozó tudományos medicina eredményeit. Így a gyógyszer bevétele mintegy azonosulás a technikai-tudományos kultúra „szellemével”; osztozás, részesülés a medicina jelentős tudásában.

Mondhatná valaki erre azt, hogy minden kultúra minden medicinájában jelentős szerepet játszanak a gyógyító embertől származó testbe bevitt anyagok. Ebből a szempontból a kortárs folyamatokat tekintve talán nincs is semmi különös. Csakhogy egyetlen más medicina sem helyez olyan nagy hangsúlyt az individuális test gyógyítására, nem azonosítja a betegséget az egyéni test folyamatainak zavaaraival, mint a mi kultúránk orvoslása. Ezért nyer a gyógyszer kiemelkedő jelentőséget a gyógyítás folyamatában, és vál-

hat az orvos személyéről leválva egy öngyógyító magánszínházi előadás elengedhetetlen elemévé.

A medikalizációnak az orvosra vonatkozó komplikált és ambivalens folyamatai különösen jól tetten érhetők a „gyógyszerbiznisz” olykor csak hosszabb távon látható következményeiben.

Ha például az utóbbi évek pszichiátriai tendenciáit figyeljük, akkor arra jutunk, hogy a pszichoaktív szerek gyors térhódítása nemcsak ezek – olykor vitatott mértékű – hatásosságának tulajdonítható, hanem annak is, hogy komoly változás állt be a mindig is a medicina „éretlen” ágazataként kezelt pszichiátria értékelésében, és ennek megfelelő szakmai presztízsében. Ismeretes, hogy a lélekgyógyászat nem volt képes a hetvenes évekig a biomedikális paradigmának megfelelő gyakorlatot kialakítani. Magyarán, a döntően pszichoterápiás gyakorlat – úgy tűnt fel – nem felelt meg, vagy kevéssé hasonlított más orvosi szakmák mindennapi rituáléihoz. Az új gyógyszerek azt az ígéretet hordozták, hogy immár a pszichiáter is „rendes orvos” lehet. Nemcsak növekszik a kezelések hatékonysága, hanem a praxis napi gyakorlata is jobban közelít más „szomatikus” szakmák életmódjához. Az új szerek tehát nemcsak a páciensek lelki betegségeit gyógyították, hanem a pszichiáterek biomedikális környezetben „elszenvedett” identitáskérdéseiket is.

A gyógyszer-ideológia szakmai ártalmai

Mármost, ez a tendencia – úgy tűnik – csapda is lehet éppen a lélekgyógyászat számára. A gyógyszeripari befolyás növekedése ugyanis – ez az amerikai tapasztalat – könnyen megerősítheti a szakmán belüli törésvonalakat. A pszichiáterek három csoportja más-más érdekhelyzetben találja magát az egyre erőteljesebb gyógyszerközpontú szemlélet eluralkodása nyomán. A kutató pszichiáter, aki a kutatási pénzek felett részben rendelkezik, és a szakma belső hatalmi szerkezetének csúcsein foglal helyet – gyógyszeripari kapcsolatainak köszönhetően – anyagi és presztízsbeli helyzetének javulását élheti meg. Az úgynevezett adminisztratív pszichiáter (nálnunk még kevéssé megjelent státusz) arra használja a biopszichiátriát, hogy igazolja a klinikai pszichiátriai (ezen belül a gyógyszer-)kiadásokat, így

növeli az egészségügyi rendszer profitját. Végül a klinikai pszichiáter az, aki az előző két csoporttal szemben könnyen veszíthet a növekvő gyógyszer-ideológiai befolyáson. Rövid távon ő is részesedik a szakma felé áramló vállalati pénzekből. Úgy érezheti, hogy szakmai és státusbeli értéke szerint juthat hozzá a szakmai továbbképzésekhez, kongresszusi részvételekhez, utazhat a világban, a külön juttatások növelik mindennapi életének anyagi színvonalát.

Ne feledjük azonban azt az egyszerű tényt, hogy a gyógyszeripart érdekei a gyógyszerek minél kiterjedtebb forgalmazásához kötik, és nem ahhoz, hogy ezeket orvosok írják fel. Pontosan a gyógyszerek fentebb elemzett függetlenedésre hajlamos tendenciái miatt, az orvos nem elengedhetetlen feltétele a gyógyszerek terjesztésének.

A klinikai pszichiáterek azért járhatnak rosszul hosszabb távon a „pirulabizniszben”, mert a „menő” gyógyszerek felírása fölötti, kezdetben meglévő szakmai monopólium lassan erodálódhat. Részben más szakmák veszik ki a pszichiáter kezéből a gyógyszerfelírás jogát, részben e szerek egy része szabad forgalomba kerül. Az így „deprofesszionalizálódott” gyógyszerüzletben azután a túlságosan biomedikalizálódott pszichiáter hoppon maradhat, mert az új csodaszerek iránt lelkesült korszellemben osztozva, esetleg már nem szerez jártasságot a szakma korábban elengedhetetlen alkotóelemeinek tekintett pszichoterápiákban. Ezeket már átadta a „psziki-komplexum” más szakmáinak, és most, ha a gyógyszerfelírás is részben kikerül a kezéből, akkor könnyen a funkcióvesztés senki földjén találja magát.² Így pontosan az a folyamat – a gyógyszerek egyre jelentősebb alkalmazása –, amelyben szakmai identitásának fentebb említett megerősítését kereste, válhat az identitásválság egy újabb hullámának kiváltójává. Vagyis a gyógyszerközpontú gyakorlat nemcsak a páciens valóságos problémáinak megoldását viheti zsákutcába, hanem egész orvosi szakmák számára válhat szirénjelenséggé. Ha a gyógyszer az orvos eszköztárában mértéktelenül nagy szerepre tesz szert, akkor szakmai csapdává válhat:

² Lewis, B. E.: Prozac and the post-human politics of cyborgs, in: *Journal of Medical Humanities* 1–2 (2003), 49–63. o.

„Ha valaki az élet üressége miatt deprimált, mint az amerikai fogyasztó, akkor elvéted a lényeket, ha ezt pszichiátriai kérdésnek próbálsz tekinteni. Pszichiátriai kérdésként megközelítve ez olyan, mintha a szent áldozást élelmezési kérdésnek vennénk. Ez nem teljesen alaptalan, de valamit lényegeset félreértesz abból, ami zajlik.”³

A gyógyszer bizonyosan nem oldja meg az egyéni élet alapvető egzisztenciális és morális problémáit. A gyógyszerközpontú medikális orientáció azzal fenyeget, hogy olykor nemcsak a páciens számára tünteti fel hiányosnak a gyógyítást, hanem frusztrációt okoz magának az orvosnak is, mert leegyszerűsíti a szakmagyakorlást azzal, hogy háttérben vagy parkolópályán tartja az orvos megannyi szakmai és személyes tudását, képességét.

A gyógyszer mint betegségteremtő

Az utóbbi évek gyógyszeripari befolyásnövekedésének egyik legfontosabb következményeként azt szokták kiemelni, hogy a modern nyugati medicina egyébként is meglévő biomedikális gyakorlatát erősíti meg. (Miközben a szakma „hivatalos” ideológiájában már évtizedek óta a biopszichoszociális megközelítést sürgetik.)

A gyógyszerek erőteljes reklámozása „nemcsak azt a benyomást kelti, hogy az egészséget és a boldogságot a helyes gyógyszerek alkalmazásával el lehet érni, hanem azt is, hogy a gyógyszerek *szükségesek* az egészséghez és a boldogsághoz”.⁴ Ennek következtében bukkan fel az az új „beteg-típus”, aki már nem igényli az orvosi kezelés rituáléinak teljes spektrumát, hanem kizárólag a reklámokban látott gyógyszert akarja felírtni. Az így „emancipálódott” páciens már szinte csak a gyógyszeresládika kulcsának őrzőjét látja orvosában. Ezzel az illúzióval azután a saját gyógyulási esé-

³ Elliott, C.: Prozac and the existential novel: two therapies, in: Elliott, C. és Lantos, J. (szerk.): *The last physician. Walker Percy and the moral life of medicine*, Durham–London, 1999, 63. o.

⁴ Abramson, J.: *Overdosed America. The broken promise of american medicine*, New York, 2004, 151. o.

lyeit is rontja, mert nem látja, és így nem is használja az orvos-beteg viszony más színeit, aspektusait.

A fentiek témánk szempontjából azt jelzik, hogy a gyógyszer-ideológia a medikalizáció egyik legfontosabb „vivőanyagává” válik. A folyamat fokozatosan módosítani látszik a medicina ősi törekvését kifejező formulát: „Ahol betegség van, ott gyógyszernek kell (előbb-utóbb) lennie.” Ma mint-ha e mondat mögött fordítottjának árnyéka is megjelenne: „Ahol gyógyszer van, ott betegségnek kell lennie.”

„FÉLEK A GÖRÖGÖKTŐL...”

„Hamarosan a gyógyszergyárak fogják a világot uralni, ha meghagyjuk őket abban a hitben, hogy csak addig vagyunk boldog, működő társadalom, amíg minden nő Prozaccon, minden gyermek Ritalinon, és minden férfi Viagrán él.”

(ismeretlen szerző¹)

A nyájas olvasó gondolhatja, hogy a cím nem a szerző sajátos xenofóbiáját takarja, hanem arra a vergiliusi helyre utal, amelyben Laokoón figyelmezteti a trójaiakat, hogy a görögök ajándéka, a faló nem önzetlen gesztus, hanem valószínűleg hadicsel. Úgy tűnik, hogy az angolszász szakirodalom valami hasonló szerepben látja a gyógyszeripar gyorsan növekvő befolyását a medicinára: ajándékokkal tömött bőségkosarat hoznak az orvosoknak, akik elhítetik magukkal, hogy a gyógyszermarketingben játszott szerepük megfelel a hippokratészi eskünek. Minden a betegek érdekében (is) történik, miközben a gyógyítás szakemberei megőrizhetik szakmai autonómiájukat és elfogulatlan ítélőképességüket. Magyarán: a gyógyszeripar elhalmozza őket minden földi jóval, de nekik ezt nem kell az adott termékek iránti elkötelezettséggel viszonzni. Ez a mechanizmus annak a kommunikációs térnek a többértelműségét használja ki, amelyben a gyógyszeripar minél magasabb profitra törekedve el akarja adni a termékeit, de mint-hogy ehhez (jelentős részben) az orvosokon keresztül vezet az út, ezért az orvosi térre való belépéshez a fogyasztót beteggé kell átdefiniálni. Az egyre több betegségben szenvedő népesség körében azután az orvos morális önképe számára egyenesen felemelő élmény, ha a gyógyszergyárak által kínált egyre jobb szerek, egyre növekvő alkalmazásával a hippokratészi esküben foglalt „beteg üdve” követelmény megvalósulni látszik.

Ezzel mindaddig nem is volt baj, amíg az ipar növekedési szükségletei nagyjából egybeestek az új gyógyszerek növekvő gyógyítóképességeivel.

¹ Idézi Deyo, R. A. és Patrick, D. L.: *Hope or hype. The obsession with medical advances and the high cost of false promises*, New York, 2005, 65. o.

Az elmúlt tizenöt-húsz évben azonban *a profitra törekvés és az innováció egyensúlya megbomlani látszik*. Magyarán – és ez a mai problémák egyik döntő forrása – a piac bővítése jelentős részben nem új és a régebbieknél hatásosabb szerekkel történik, hanem úgynevezett *me-too* készítményekkel. Ezek legfőbb sajátossága az, hogy régi, már hosszabb idő óta piacon lévő vegyületek újracsomagolt, új dóziszra vagy új betegségekre beállított változatai.

„...az 1998. és 2002. közötti öt évben az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatal (FDA) 415 új gyógyszert hagyott jóvá, amelynek csak 14%-a volt igazán innovatív. További 9%-a régi gyógyszer, amelyeken olyan módosításokat hajtottak végre, amelyeket az FDA lényeges fejlesztéseknek tekintett. És a maradék 77%? Hihetetlen módon, ezek mind *me-too* szerek voltak, amelyeket a hivatal úgy minősített, hogy nem jobbak, mint azok a készítmények, amelyek már ugyanazon állapot kezelésére a piacon vannak. [...] 77%-a a gyógyszeripar termelésének maradékokból áll.”²

Az igazán új gyógyszerekből híján lévő piacon azután megnő a marketing szerepe. Hiszen a valóban hatásos készítmények különösebb propaganda nélkül is – ahogy mondani szokták – eladják magukat. Ki látott már reklámhadjáratot mondjuk az inzulinra vonatkozóan?! A feltűnő gyógyszermarketing rendszerint akkor bukkan fel, amikor az „áttörést jelentő” új szer alig jobb – olykor rosszabb és veszélyesebb –, mint a piacon lévő, esetleg éppen generikussá váló elődje, vagy hasonló szerek már más cégek forgalmazásában jelen vannak.

Az elcsábuló orvos elbizonytalanodása

Az orvost ezért az iparnak el kell csábítani, hogy a gyógyszerek fogyasztóinak, a betegeknek az elcsábításában – gyakran tudtán kívül – segítkez-

² Angell, M.: *The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it*, New York, 2004, 75. o.

zen. A medicina képviselőinek és a gyógyszeriparnak mind erőteljesebb „összegabalyodása” az utóbbi egy-két évtized fejleménye. Ennek formái a következők: négy szemközti látogatások a gyógyszergyárak képviselőivel; közvetlen ajándéktárgyak, utazások vagy szállás elfogadása; indirekt ajándékok elfogadása szoftverek vagy utazások szponzorálásán keresztül; szponzorált étkezések és társadalmi vagy rekreációs események látogatása; szponzorált képzési események, orvostovábbképzés, workshopok vagy szemináriumok látogatása; szponzorált tudományos konferenciák látogatása; tőke- vagy részvényvagyon-tulajdonlás; szponzorált kutatás irányítása; orvosi fakultások, tudományos státusok vagy előadótermek vállalati finanszírozása; tagság szponzorált szakmai társaságokban és szervezetekben; tanácsadás szponzorált betegségalapítványokban és betegcsoportokban; szponzorált klinikai útmutatók kidolgozásában való részvétel vagy azok használata; vállalatok számára végzett fizetett konzultáció vállalása; „gondolatirányítók” (*thought leader*) vagy „előadók hivatala” (*speakers' bureaux*) vállalati tanácsadó testületeiben való tagság; „szellemírott” (*ghostwritten*) tudományos cikkek szerzősége (olyan tudományos publikációkat jelent, amelyekhez a feltüntetett szerző jobbára csak a – tekintélyes – nevét adja a cikkhez, de azt részben vagy egészben a gyógyszeripari cég emberei írják); orvosi folyóiratok gyógyszercégek hirdetéseire, a vállalatok által megvásárolt különnyomatokra és szponzorált mellékletekre való támaszkodása.³

Ezek a jelenségek a medicina számára hosszabb távon ambivalens következményekkel járnak. Az egyik oldalon található az orvosok anyagi javainak bővülése, a medicina társadalmi presztízsét tükröző és egyben növelő, pazar kiállítású rendezvények élménye. Röviden szólva, osztozás egy csillogóbb (felszínű) hivatásgyakorlásban. A másik oldalon pedig – egyebek mellett – a szakma tudáshátterét nyújtó tudásautonómia erőteljes csorbulása jelenik meg.

A modern medicina a betegségek legyőzése és az ezekhez szükséges tudás mindenkori elégtelensége közötti szakadékot a tudományos módszer-

³ Moynihan, R.: Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies 1. Entanglement, in: *British Medical Journal* 7400 (2003), 1189–1192. o.

re támaszkodva igyekszik legyőzni. Ez a tendencia olyannyira meghatározója a medicina törekvéseinek, hogy némelyik képviselője – ideologikus túlzásként – még arra is „vetemedett”, hogy a medicinát a maga egészében tudománynak (*science*) állítsa be. Ennek a modernitás történetében a tudományhoz kapcsolódó, olykor *hübrisszé* fajuló attitűdnek különösen nagy jelentősége van a medicinában. Éppen ezért lehet olyan megrázó az orvos számára, hogy a gyógyszeriparral való, fentebb jelzett viszonyának következtében a szakma tudásalapjainak két alappillére inog meg. Az a kettős hit, hogy a tudományos folyóiratokban megjelenő publikációk a tudomány értékeinek megfelelően a mindenkori igazságot tartalmazzák, és a szakma tekintélyes képviselői a hierarchiában elfoglalt helyükből fakadó presztízsüket is az igazság és nem más hirdetésére használják. Amikor tehát egy orvos szakmája tekintélyes képviselőjének előadását hallgatja, akkor biztos lehet abban, hogy az éppen aktuális tudományos tényeket és igazságokat hallja, és nem – legalábbis részben – tudománynak álcázott vagy tudománnyal elegyített reklámot.

Kevert üzenetek

A fent említett összefonódások azonban egyik legfőbb következményként éppen a tudásbázisnak ezt a biztonságot nyújtó jellegét kérdőjelezzik meg azzal, hogy a gyógyszeripar befolyása alá vonják mind a publikációk alapját képező kutatásokat, mind a tekintélyes szakértőket.

Számos orvosban él az a téves eszme, hogy valamiképpen immunisak ezekkel a hatásokkal szemben, átlátják a szitán, és pontosan tudják, mi a helyes információ és mi a torzított. Részt vesznek ugyan a marketing nagy játékában, mert szakmai és egzisztenciális előnyök származnak ebből, de a betegeket érintő döntéseikben erőteljesen nem befolyásolják őket a gyógyszeripartól származó információk. Röviden, úgy élvezik a marketingből származó hasznot, hogy nem kell megszegniük a hippokratészi eskü alapelveit. Minden erre vonatkozó vizsgálat azt mutatja azonban, hogy ez a „kecske is jóllakik, a káposzta is megmarad” játszma önáltató mozzanatokkal terhes. („Tudom én, hogy rám akarjátok sózni a pirulátokat, de átlátok a szitán, és nem hagyom magam. Igazán pazar fogadás volt a gyógy-

szer áldásos hatásait ecsetelő előadás után, de a finom ételek miatt nem fogok többet felírni ebből a gyógyszerből, csak, ha szakmailag indokolt-nak tartom.”)

A gyógyszeripar valójában jobban tudja, hogyan kell az orvosokra vonatkozó marketinget használni, és amit tesz, azért teszi, mert működik; a marketing hatalmas költségei busásan megtérülnek. A medicina munkásai rendszerint nem képesek az őket ért ilyen befolyások hatékony kontrolljára, és – önáltató illúzióikkal szemben – magatartásukkal igazolják a marketing hatásosságát:

„Az orvosoknak megvan az a kollektív téves eszméjük, hogy ezeknek az ingyenes dolgoknak semmi befolyásuk sincs a gyógyszerfelírási szokásaikra. Valójában minél több ajándékot kap egy orvos a gyógyszerügynököktől, annál bizonyosabb a doktor abban, hogy az ajándékoknak nincs hatásuk a receptírási magatartására.”⁴

„...több interakció a gyógyszergyár ügynökével [...] növeli a valószínűségét annak, hogy az orvos újabb, drágább gyógyszereket fog felírni, és kevesebb generikus szert.

Minél többször lát gyógyszerügynököt egy orvos, annál kevésbé valószínű, hogy a gyógyszerre vonatkozó hamis állításokat felismeri, és annál nagyobb az orvos hajlandósága arra, hogy több gyógyszert írjon fel. Azok az orvosok, akik gyógyszergyárakkal kerülnek kapcsolatba, tizenötször nagyobb valószínűséggel igénylik, hogy az a gyógyszer, amelyet az a bizonyos gyógyszer cég gyárt, legyen raktáron a kórházi patikában.”⁵

Mint hogy a gyógyszerekre és a betegségek kezelésére vonatkozó információk egyre inkább gyógyszeripari vagy a gyógyszeripar által befolyásolt szakmai forrásokból származnak, ezért a gyakorló orvos „episztemológiai csapdába” kerül. Csak azt tudhatja, hogy azok a források, amelyek-

⁴ Deyo és Patrick 2005, 65. o.

⁵ Abramson, J.: *Overdosed America. The broken promise of american medicine*, New York, 2004, 126. o.

ből ismereteit szerzi, az igazság szempontjából kevert információkat tartalmaznak. A „csillogó brosrák”, a multimédiás bemutatók adatai és az ezekből levont következtetések teljes egészében igazak is lehetnek, de részben hamisak, torzítottak is. Az orvos azonban – más ellenőrzött forrást nélkülözve – azt már nem tudhatja, hogy az információk mely részei milyen mértékben osztoznak az igazságban. És hiába szerepel az interneten az adott gyógyszer kutatására vonatkozó összes nyers vagy alig feldolgozott adat, ha sem ideje, sem tudása ezek értelmezéséhez, hanem olyan összefoglalókra kénytelen támaszkodni, amelyek marketingfunkciókat is betöltenek.

A gyógyszerert pedig az orvos írja fel, a beteg szemében ő felelős azért, ha a „Ne árts!” elve sérül.

Az angolszász irodalom arra utal, hogy az egészségügy szereplői közötti „hatalmi erőegyensúly” a gyógyszeripar javára eltolódni látszik a medicina autonómiájának rovására.

A kérdés az, hogy az orvostársadalom hagyja-e magát a gyógyszeripartól való függőségi helyzetbe sodortatni, vagy „önvédelmi reflexei” még idejében az erőegyensúly helyreállítására sarkallják.

MÁR A TUDOMÁNY SEM A RÉGI?

„A pénznek nincs hatalma, ha a tudósok visszautasítják, hogy elfogadják azt.”

Richard Gallagher és Ivan Oransky

A „tudományos” jelző a modern ember számára az igazság, a tudás garanciáját jelenti. A szekularizált világban pontosan azt a funkciót tölti be, mint a premodern korokban a vallásra, az Istenre vagy a Bibliára hivatkozás. Korunk medicinájára, ha lehet, még fokozottabban érvényes ez a tendencia. Mert ugyan maga a tudományosan igaznak tekintett ismeret idővel akár az ellenkezőjébe is fordulhat, és ráadásul részleges is, de mégis rátamaszkodva a halálba vezető emberi szenvedés végtelen változatosságában egy kis „biztonságszigetet” nyerhet az orvos, ahol annyi kétség és frusztráció közben kifújhatja magát.

A tudomány oltalmazó erejének rendkívüli jelentőségét az is mutatja, hogy a mai medicina fő árama szinte csak azt tartja szakmailag felhasználható, egyáltalában érvényes ismeretnek, amely megkapta a tudományos jelzőt. Az orvosok a személyes jelenlétén alapuló szakmai nyilvánosság előtt aligha beszélhetnek általuk tetszőlegesen megválasztott narratívában. A szakmai kérdések megtárgyalására csak „tudományos” konferenciákon találkozhatnak, és a szakmai közösség számára érvényes üzeneteket szinte csak tudományos előadások formájában lehet eljuttatni. A szakmagyakorlás más aspektusai, a személyesség, az érzelmek, az anekdoták, az élmények rendszerezetlen, intuíciókat, vélekedéseket is magukban foglaló megbeszélései a konferenciák folyosóira szorulnak, mintegy követve a kongresszusi színhelyek geográfáját; a fő helyen a tudományos diskurzus zajlik, minden egyéb csak ezen kívül, a „féllegalításban” történhet. Ez mintha azt sugallná, hogy ami szakmai szempontból fontos, az csak tudományos lehet, ami pedig nem képes a tudomány narratívájában megnyilvánulni, az nem is lényeges, és különösen nem érvényes. A tudomány medicinában betöltött szerepére vetett futó pillantás is a tudományosság mítoszának hatalmas erejét mutatja. A mitikus kifejezés azért helyénvaló ebben az összefüggésben, mert mint minden mítosz, értékek és normák megszabásával ki-

jelöli a benne osztozók számára az érvényes világ kereteit, egyben érvényteleníti az ehhez nem tartozó mozzanatokot. De mint minden mítosz egyben vakká is tesz olyan jelenségek iránt, amelyek ott vannak, de éppen a mítosz „szemüvege” nem engedi azokat meglátni. A medicinát alkalmazott tudománynak hirdetői ideológiájukban azt sugallják, hogy a medicina és a tudományosság fedik egymást, vagy ha még ez nem is következett be, a jövőben ez a konstelláció mindenképpen kívánatos.

A medicina persze nem tudomány (*science*), és a tudományosság mai formája pedig rendkívüli alkotóereje és a gyorsan növekvő tények halmaza ellenére sem fogja sohasem lefedni azokat a készségeket, képességeket, tudáselemeket, amelyek az orvoslás mint alapvetően morális vállalkozás számára elengedhetetlenek.

Mínthogy többé-kevésbé mítoszokkal benépesített világban élünk – ezek egyike az, hogy a mítosz a tudománynál alantasabb szellemi érték, és éppen a tudomány haladása számolja majd fel –, ezért a lehető legkomolyabban kell vennünk a mítoszok életünkben betöltött szerepét. Ha a mai medicinában a tudománynak mitikus erejű jelentősége van, akkor ez alapvetően befolyásolja a szakmagyakorlás szabályait, normáit, az orvosok szakmájukhoz fűződő attitűdjeit.

Mármint, ha a tudomány „bajba kerül”, akkor ez nem mellékes körülmény az orvos számára, hanem identitásának alapmozzanatait érinti. Ha tehát a tudomány autonómiájának és integritásának megingása fenyegető vagy különösen befejezett tény, akkor ez a legszorosabban érinti a medicina jelenét és jövőjét.

A nem tudományként viselkedő tudomány

Amikor a korábbi írásokban a betegségezés egyik legfontosabb tényezőjeként a gyógyszeripari befolyás növekedése, a gyógyszeripar és a medicina közötti erőegyensúly megbomlása szerepelt, akkor ennek fő aspektusaként az jelent meg, hogy a gyógyszerek potenciális fogyasztóit beteggé kell minősíteni. Az orvos ugyanis nem az általában vett fogyasztóval foglalkozik. Számára csak akkor legitim és erkölcsös a gyógyszerforgalmazásban való szerepvállalás, ha ez az ő gyógyító tevékenységéhez kapcsolódik. Ezért

az iparnak saját fejlődéséhez több vagy elterjedtebb betegség(ek)re van szüksége, hogy gyógyszer funkciójú termékeit – orvosi asszisztenciával – minél nagyobb értékben adhassa el.

Ahhoz azonban, hogy a gyógyítók bevegélyek az ipar „pirulacsomagját”, megfelelő vivőanyagra is szükség van. Olyan nyelvezetre, kommunikációra, világképre, amelyben feltűnés nélkül, szinte észrevétlenül szaporodnak a betegségek, és adják el magukat a „me-too” készítmények.¹ A tudományos nyelv és világkép pedig pontosan az, amelyben a modern medicina képviselője otthon érzi magát, és így ennek révén az orvostársadalom megnyerhető az ügynek.

A *New England Journal of Medicine* egyik szerkesztőségi írásának címe a következő kérdést veti fel: „Eladó az akadémiai medicina?”² A szerző azt a tendenciát tárgyalja, amelyben az orvosi kutatások egyre inkább gyógyszeripari befolyás alá kerülnek. Mindazonáltal, a cím végi kérdőjel is arra utal, hogy a folyamat nem fatális, és megfelelő intézkedésekkel elejét lehetne venni a súlyosabb problémáknak. Az egyik levelező azonban rövid úton kiábrándította a folyamatok nyitottságában, nem befejezettségében bízó olvasókat. „Eladó az akadémiai medicina? Nem. A jelenlegi tulajdonosa nagyon boldog vele.”³

A cinizmusba forduló irónia talán ezúttal helyénvaló, mert a meghökentés felrázhatja azokat is, akik az éppen zajló folyamatokat „természetesnek” tekintik, és úgy fogják fel, hogy ez a „realitás”, nincs mit tenni, be kell illeszkedni, „be kell fogni a szelet a vitorlába” vagy „aki kimarad, az lemarad”.

Egy nemrégiben megjelent írás azt a címet viseli, hogy „Amiért a legtöbb publikált kutatási eredmény hibás”. És a kutatásban, valamint a statisztikai módszerekben rejlő hibák között említi a következőt: „Minél nagyobb a pénzügyi vagy más érdek és előítélet egy tudományterületen, annál kevésbé valószínű, hogy a kutatási eredmények igazak. Az ütköző ér-

¹ Ezek a készítmények, amelyek a gyógyszeripar termékeinek jelentős hányadát képezik, nem tartalmaznak új hatóanyagokat, hanem a már ismert vegyületek kissé módosított, újracsomagolt vagy új betegségekre beállított változatai.

² Angell, M.: Is academic medicine for sale?, in: *New England Journal of Medicine* 20 (2000), 1516–1518. o.

³ Ruane, T. J.: To the editor, in: *New England Journal of Medicine* 7 (2000), 508–510. o.

dekek (conflicts of interest) és az előítélet növelheti az elfogultságot. [...] Az érdekeltség nagyon gyakori a biomedikális kutatásban, és jellemzően nem megfelelően és ritkán számolnak be róla.”⁴

Megrendült pillérek

„Jól figyeljék a szakirodalmat, mert (időnként) csal!” – A híres bűvész szájából *ars poeticaként* hangzanak azok a szavak, amelyek parafrázisa a fenti kijelentés. Mert a bűvész esetében mindenki *a priori* tudja, hogy csal, egyenesen ezért vesznek jegyet az előadására. Pontosan azt élvezik, hogy csal, de nem veszik észre. A tudományos irodalomban azonban a félrevezetés és manipulálás nem jelent az olvasó számára élvezetet; ellenkezőleg, sajátos keserűséget, csalódottságot hagy maga után.

Ha ugyanis a szakirodalomban megjelenik a kutatások finansziális érdekek mentén való eltorzítása, akkor a modern medicina egyik legfontosabb pillére rendül meg. Az orvos éppen azon a ponton veszít erejéből, szakmai képességeiből, ahol a modernitásban a legtöbbet nyerte. Sokak nem kis aggodalmára az utóbbi években éppen ez a tendencia jelent meg és erősödött meg a biomedikális kutatásokban.

„Majdnem mindegyik akadémiai szakértőt, akinek klinikai kipróbálás vezetésére megvan a minősítése, konzultánsként vagy szószólóként egyik vagy másik cég fizeti. [...] A következmény az, hogy a közönség többé nem tételezheti fel, hogy az akadémiai központokból származó klinikai beszámolókat olyan orvosok írták, akiknek nincsenek egyéni érdekeik az eredményekben. A legjobb esetben is csak azt remélheti, hogy ezek az érdekek a publikált beszámolóokban kinyilvánítatnak, és hogy bármilyen elfogultságot, amely ezekből a pénzügyi kapcsolatokból fakad, kiegyenlítik azok a beszámolók, amelyek rivális cégektől és kutatóktól származnak. De a lényeg az, hogy a közön-

⁴ Ioannidis, J. P. A: Why most published research findings are false, in: *PLoS Medicine* 8 (2005), e124, www.plosmedicine.org.

ség többé nem lehet biztos abban, hogy az új gyógyszerek tesztelése elfogulatlan.”⁵

Az orvosi kutatások kereskedelmi befolyásolása két irányban is aggodalmat kelt. Egyrészt az fenyeget, hogy a kutatások irányát nem a kutatói szabadság, a tudomány belső fejlődése, és különösen nem a népegészségügyi szükségletek szabják meg, hanem a cégek profitmaximalizálási törekvései. Másrészt, a szponzorált kutatás nem lesz eléggé érdekmentes és semleges ahhoz, hogy „jó tudmánynak” lehessen tekinteni.⁶ A gyógyszerkutatásokat ily módon nem a betegségeknek az emberek életét befolyásoló jelentősége, hanem a bennük rejlő kereskedelmi és pénzügyi lehetőségek szabják meg. Ezért könnyen előfordulhat az a kettős hiba, hogy népegészségügyi szempontból jelentős, de a fizetőképes kereslet hiánya miatt kereskedelmi szempontból kevésbé érdekes betegségek gyógyszereit nem nagy lelkesedéssel kutatják, vagy éppen közönséges életproblémákat minősítenek át betegségekkel. Másrészt, a gyógyszerek hatásáról és mellékhatásairól az adott cég érdekeinek megfelelően kozmetikázott adatokat forgalmaznak.

A dolgok odáig mennek, hogy a témával foglalkozó egyik szerző egyenesen így fogalmaz: „Az igazság az, hogy a mai amerikai orvosi gyakorlat addig alapul tudományos bizonyítékon, amíg a bizonyíték kereskedelmi érdekeket támogat; de túlságosan is gyakran, amikor a tudomány a kereskedelmi érdekekkel kerül összeütközésbe, akkor a tudományt félrelökik.”⁷

⁵ Relman, A. S. és Angell, M.: America's other drug problem, in: *The New Republic*, 16. December 2002, 27–41. o.

⁶ Vö. Abramson, J.: *Overdosed America. The broken promise of american medicine*, New York, 2004, 96–97. o.

⁷ Abramson 2004, 176. o.

A GYÓGYSZERIPAR ELLEN VAGY A MEGBÍZHATÓBB TUDÁSÉRT?

„A szkepticizmus fontos. Amikor egy medikális áttörést bejelentenek, akkor rendszerint a kutatók és az intézmények hírneve, a jövőbeni kutatási pénzek és a társaságok profitja a tét.”

Robert Steinbrook,
The New England Journal of Medicine

E sorozat harmincadik írása felé közeledve a szerző annyi személyességet talán megengedhet magának, hogy azokra a tapasztalataira hivatkozik, amelyek a medikalizációhoz kapcsolódó gondolatok, tények fogadtatásához kötődnek. A két szélső pólust az *orvosellenesség* indulatos vádja és az argumentációkban mutatkozó *bátorság* dicsérete jelölik ki. Ami az utóbbit illeti, ahhoz legfeljebb annyit érdemes hozzátenni, hogy ez a *látszat* önmagában is arra utal, hogy ha valaki egyszerűen csak követi szakmája legelemibb normáit, akkor is – és éppen az orvoslással foglalkozó humántudományi diskurzus hazai még mindig marginális helyzete miatt – merésznek tűnhet fel pusztán azért, mert a magyar recepcióban nem létező vagy alig felbukkanó argumentumokat vet fel. Olyanokat, amelyek esetleg a nemzetközi eszmecserékben magától értetődő természetességgel vannak jelen. A bátorság látszatát tehát a recepció kontextusa teremti meg. Ezért inkább azt a kérdést érdemes feltenni, hogy miért tűnik olykor devianciának a hazai medicina körüli irodalomban az orvoslás kulturális értelemben vett alapkérdéseinek felvetése és a lehetséges sokszínű válaszoknak a maguk összetettségében való taglalása...

Az „orvosellenesség” ugyanennek a problémának a másik arca. Ennek a minősítésnek – más egyéb funkciói mellett, amelyek tárgyalására itt nincs tér – az a feladata, hogy az írást és szerzőjét *stigmatizálva* megspórolja a gondolkodást, ezzel együtt a termékeny „kétségbeesést”, és „mihezartás végett” a megfelelő vélekedésben tartsa a választ keresőket. E feldolgozási mód – pszichológiai nyelven kifejezve – projekciós felületnek használja az adott szöveget, és nem nagyon törődve annak valódi argumentu-

maival, saját félelmeit, szorongásait, szakmai kétségeit olvassa bele, hogy azután ezeket az ördögi és ellenséges szerzőnek tulajdonítsa, így elidegenítve azokat önmagától, ideiglenesen megszabaduljon tőlük.

Éppen az ilyen tendenciák miatt könnyen megeshet, hogy a gyógyszeripar medikalizációban betöltött szerepéről szóló írások kihívják a *gyógyszeripar-ellenesség* vádját. Mondván: vagy ellenük vannak, vagy mellettük, vagy teljesen támogatják a vállalatok törekvéseit, vagy elpusztításukra törnek. És ha problémákat említenek, akkor – a mellettük vagy ellenük logikát követve – nyilván „ellenesek”. Az így létrehozott kétpólusú világ azután minden „cizellált” argumentációt lehetetlenné tesz. Ezekre pedig nem azért van szükség, mert a finomabb, a részletekre, az ellentétes vagy különböző álláspontokra figyelő gondolatmenet valamiféle esztétikai-intellektuális élvezetet nyújt (persze azt is), hanem főként azért, mert „szép” késő modern világunk olyan szerkezetű és működésmódú, amely – ha hiteles képet akarunk róla adni – ellenáll a fekete-fehér leképezésnek. A medicina kulturális-társadalmi helyzetének aspektusai nem a klinikai lelet pozitív vagy negatív eredményének mintájára írhatók le, hanem a különféle „pozitív és negatív” tényezők szövevényes együttállásaként. A medikalizációra, ha lehet, még inkább érvényes ez a megállapítás. Ha az ember nem önmegnyugtatására akarja használni az argumentációt, hanem a valóságos folyamatok feltérképezésére, akkor hagyja ezt a sokszínű ellentmondásosságot, és nem tart igényt a „végül is”, „lényegében” kezdetű konklúziókra. *Végül is* azért, mert a mi világunk *lényegében* nem tűri az ilyesfajta leegyszerűsítéseket.

Gyógyszerártalom és információhiány

A „gyógyszeripar-ellenességgel” kapcsolatban a legjobb, ha egy korábban már megpendített gondolatra hivatkozunk:

„Az igazság az, hogy a gyógyszergyárakat hibáztatni itt bolondság. Olyan, mintha a rókát hibáztatnánk, mert megette a tyúkokat, amikor a gazda hagyta nyitva a ketrec ajtaját. Az igazi probléma a gazda, eb-

ben az esetben, a kormányzat. Itt az ideje az igazi szabályozásnak és a jobb felügyeletnek.”¹

A gyógyszeripar végzi a dolgát abban a koordináta-rendszerben, amelyet a minél magasabb profitra törekvés és a jogi szabályozás tengelyei jelölnek ki. Röviden, azt teszik, amit érdekeikkel vezérelve szabad nekik.

Tanulságos ebből a szempontból a *BMJ* 2005. februári számának néhány cikke, amelyek egy bizonyos gyógyszercsoporttal kapcsolatban vették fel a gyógyszeripar és a medicina viszonyának problematikus aspektusait. A szerkesztő megállapítja:

„A gyógyszergyárak és a felügyelő hatóságok viselkedését a parlamenti bizottságok, a betegeket képviselő csoportok és az orvosi folyóiratok intenzíven vizsgálják. Miért váltunk megszállottá a gyógyszerbiztonsággal kapcsolatban? Létezik valamilyen rejtett – vagy nem is olyan rejtett – kampány a gyógyszerek és a gyógyszergyárak tönkretételére? Az egyszerű válasz nem. Az egész világon emberek százmilliói függenek az egyik leggazdagabb iparág innovációs és termékfejlesztési képességeitől, hogy javítsák – vagy csak meghosszabbítsák – életüket. Mégis az üzleti kreativitás és a hatásos kezelésre törekvés e kavalkádjá közepette egy fontos kudarcral szembesülünk: egy információs réssel, amelyet a gyógyszerek okozta ártalmakról való hiányos adatok hoznak létre. Az ártalomrés betömésének célja nem a gyógyszerek betiltása, hanem az, hogy megbízható információkkal lássák el az orvosokat, amelyekkel a pácienseknek szolgálhatnak, akik viszont így tájékozott döntést hozhatnak a gyógyszeres kezelés megkezdése előtt.”²

¹ Gallagher, R. és Oransky, I.: Who’s minding the drug store?, in: *The Scientist* 1 (2005), www.the-scientist.com/2005/01/17/6/1/ printerfriendly.

² Abassi, K.: Editor’s choice. The four pillars of global academic medicine, in: *British Medical Journal* 7469 (2005).

Vegyük például az antidepresszánsok egyik fajtájának, az SSRI³-k hatásosságával és veszélyeivel kapcsolatos kutatásokat. Az SSRI-k két aspektusból kerültek abba az állatorvosi ló szerepbe, amellyel a gyógyszeripar és a medicina kapcsolatának problematikus vonásait tárgyalni szokták. Az egyik vonulat az SSRI-k hatásosságát, placebókkal szembeni fölényét vitatja, a másik pedig ártalmas mellékhatásait, nevezetesen: öngyilkossági hajlamot fokozó tulajdonságaikat emlegeti.

Ez utóbbi aspektus legújabb fejleménye a *Nature*-ben megjelent hír, amely szerint egy SSRI-t tartalmazó gyógyszer gyártójának egy ideig vizsztatartott, elhallgatott adatain alapuló vizsgálat következtetését ismerteti: „Azok a páciensek, akik Paroxetint szednek, gyakrabban kísérelnek meg öngyilkosságot, mint azok, akik placebót...”⁴ Korábban már mind Amerikában, mind Nagy-Britanniában olyan feliratot kellett tenni a gyógyszer dobozára, amely a gyermekkori suicidium kockázatára hívja fel a figyelmet. Természetesen nem feladatunk, hogy ebben a vitában eredményt hirdessünk. Az SSRI-k körül immár évek óta húzódoó viszály és olykor bírósági procedúra azonban jól szemlélteti azt a fent említett információs szakadékot, amelyet a gyógyszeripar egyik-másik képviselőjének magatartása idéz elő, amellyel megkísérlik akadályozni a profitvesztéssel fenyegető információk publikussá válását. És ebbe a szakadékba nemcsak a gyógyszeripar profitja, hanem végső soron a medicina hitele, és a „Ne árts!” elv érvényesülése is belezuhanhat.

Nemzetközi tanulságok és hazai „prevenció”

Ezért fogalmazható meg az amerikai medicina és a gyógyszeripar viszonyára vonatkozóan az az első hallásra mehökkentő megállapítás, hogy

³ *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*; magyarul a szelektív szerotoninviszavétel-gátló, illetve a szelektív szerotoninreuptake-inhibitor megnevezések az angol kifejezés mellett egyaránt elterjedtek. (A szerkesztő, Kőműves Sándor megjegyzése.)

⁴ Wild, J.: Adult suicides linked to popular antidepressant, in: *Nature* 7054 (2005), 1073. o. A *Nature* cikke a következő közleményen alapul: Aursnes, I., Tvette, I. F., Gaasemyr, J. és Natvig, B.: Suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo, in: *BMC Medicine* 14 (2005), www.biomedcentral.com/1741-7015/3/14.

„[zajlik] az orvostudomány átalakulása közjóból, amelynek célja az egészség javítása, tulajdonná, amelynek funkciója a pénzügyi haszon maximalizálása. E bűvészmutatvány eredményeként szélesedik a szakadék a tudományos bizonyíték, amelyben elfogulatlan szakértők egyetértének és azok között az észlelések között, hogy valójában mi is mozgatja az amerikai egészségügyet. És miért lepődünk meg? A gyógyszergyáraknak nincs nagyobb felelősségük abban, hogy a nép egészségére vigyázzanak, mint a gyorsétel-iparnak abban, hogy a nép étkezési szokásaira vigyázzon.”⁵

Lehet vitatkozni azon, hogy az amerikai orvosszerző helyesen látja-e saját medicinájának helyzetét. Mindenesetre, az általa festett kép meglehetősen általános az utóbbi évek szakirodalmában. Valószínű, hogy mind a magyar medicinának, mind az idekötődő gyógyszeriparnak vélhetően eleme, hosszú távú érdeke – a betegekről már nem is szólva –, hogy a magyar egészségügy és gyógyszeripar viszonya ne kerüljön hasonló helyzetbe.

Lehet vitatni a medikalizáció pozitív és negatív aspektusait, de talán abban a kérdésben meg lehet előlegezni a konszenzust, hogy egy gyógyszer profitnövelő, fokozott alkalmazásának, piaci és szakmai sikerességének – orvosi szempontból – nem lehet velejárója a gyógyszer (mellék)hatásairól és általában következményeiről való hiányos tudás.

⁵ Abramson, J.: *Overdosed America. The broken promise of american medicine*, New York, 2004, 242–243. o.

AMIKOR A „KEMÉNY” TUDOMÁNY FELPUHUL...

„Érezzük, hogy még ha választ adtunk is valamennyi lehetséges tudományos kérdésre, életproblémáinkat ezzel még egyáltalán nem érintettük.”

Ludwig Wittgenstein

A „hard” (kemény) és „soft” (puha) tudomány megkülönböztetés ma közhelynek számít az akadémiai szférában. A két kifejezés használati értéke nem pusztán abban van, hogy különböző módszertanokat, sőt, „világnézetekeket” jelöl meg a tudományok nagy családjában. Mindenekelőtt értékelő jellegük miatt „szeretjük őket”, minthogy rendszerint nem egyenrangú diszciplínacsoportokat jelölnek. Egyáltalában nem semleges leírói a világ különböző utakat követő feltárásának, hanem éppen azért használatos ez a két jelző, mert hierarchikus viszonyt fejeznek ki. A *hard* az igazi, a fogalmának megfelelő, a jó tudományt jelenti, azt, amelyik a legközelebb áll a modern tudományoknak szánt funkciókhoz: kvantifikáción alapul, számokkal dolgozik, mindent mér, ami csak az útjába kerül, alkalmas a predikcióra, a természet feletti kontroll ígérését, a hasznosságot hordozza. A másik megismerés, a *soft*, az alacsonyabb rendű. Rendszerint az ember világhoz kötődik. Minthogy, szemben az előző tudományokkal, az embert történeti-társadalmi lényként fogják fel, ezért a folyton változó motivációk, célok mozgatta emberre vonatkozóan nem akarnak, de nem is képesek predikcióra alkalmas egzakt tudást nyújtani. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy az ember vizsgálatakor más szemüveget hordanak, mint a *hard* tudományok. Ezért ez utóbbiak felől nézve ugyan tudományszerűek, de nem érik el a tudomány színvonalát. A két szó és használatuk eredete – mai divatos kifejezéssel – szexista. Arra az „egyszer volt, hol nem volt” időre vezethető vissza, amikor a modern tudomány születésekor férfias jelenségnek volt tételezve, amely a feminin természet legyőzésére szolgáló eszközöket hivatott a nyugati ember számára szolgáltatni. E kulturális fordulat egyik első teoretikusa egyenesen a boszorkánypercek kínzási technikáihoz hason-

lította a tudományos kísérletet, ahol a kőpadra vont nőies természetből ki kell csikarni titkait, hogy azután azt ellene lehessen fordítani.¹

A születő modern társadalom nem a harmónia és az idill világa, mint-hogy állandó harc folyik benne a kultúraellenes, irracionális női princípium és a kultúrateremtő, racionális férfi princípium között. Ennek következtében a társadalmi tájkép erőteljes polarításokra hasad szét, és mindenkori dinamikáját e kettősségek aránya, egyensúlyi viszonyai határozzák meg: aktív-passzív, izom-ideg, cselekvés-tapasztalás, férfi-nő, nyilvános-magán, otthoni, szubjektum-objektum, szelf-másik, nézni-látva lenni, ész-szenvedély/vágy.² Az egyensúlyi viszonyok pedig valójában olyan hierarchikus egyensúlytalanságot takarnak, amelyben a kategóriapárok egyik tagja mindig a másik fölébe kerül. Így a döntően érzelmi, irracionális lényként fel-fogott nőiség csak alárendeltje lehet a modernitásban olyannyira preferált tulajdonságokkal felruházott férfi princípiumnak. „Mindig és mindenhol a racionális, aktív, maskulin intellektus működik a passzív, objektivizált, feminizált testen”.³

A férfi és női princípium különbsége tehát a tudományos, tudományra alkalmas és tudománytalan, tudományra alkalmatlan kettőségében is megjelent. Sőt! És itt van a *hard* és *soft* tudományok közötti különbségtétel jelentősége: immár a tudományon belül is felütötte a fejét. A kemény tudomány az erigált pénisz hasonlatára a fogalmának megfelelő, férfias, potens ismeretszerzés jellemzője. Szemben a puha tudománnyal, amely az erekcióra képtelen, férfiatlan férfi képének megfelelően inkább a nőiségre, a női mell puhaságára utal.⁴ Magyarán: a puha tudomány kifejezés a gyenge, erőtlén és ennek megfelelően kevésbé értékes tudományra utal.

¹ Vitatott, hogy a tudományos kísérlet mint a természet megkínzása metafora Francis Baconnek tulajdonítható-e. Mindenesetre akár ő mondta, akár más, a gondolat a korszellemnek megfelelt.

² Jordanova, L.: *Sexual visions, images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth centuries*, New York, 1989, 60. o.

³ Moi, T.: Patriarchal thought and the drive for knowledge, in: Brennan, T. (szerk.): *Between feminism and psychoanalysis*, London–New York, 1990, 189. o.

⁴ Vö. „A nők puhaságának gondolata különösen erős befolyást gyakorolt az emberek képzeletére. [...] Ezek a viták közvetlen kontextust nyújtottak a mell hangsúlyozására – a női puhaság összegzése – az orvosi irodalomban.” Jordanova 1989, 28–29. o.

Kemény héj, puha mag?

Mármost, akik hisznek abban, hogy a tudományszakok között – és itt most számunkra a medicinában érdekelt tudományok az érdekesek – nem pusztán módszertani és antropológiai a különbség, hanem a *hard* és *soft* eredeti „rasszizmusának” megfelelő értékhierarchia is van, azok mostanság két fejlemény miatt is zavarba kerülhetnek.

Az egyiket talán a tudomány „elbarokkosodásának” lehet nevezni. A legegyszerűbben ezt a folyamatot az egyház/vallás barokk korszakban bekövetkezett és stílusban tükröződő jellegzetességeivel lehet megmutatni:

„De az egyház nem annyira elmélyíteni kívánja a hitet, mint inkább terjeszteni. Amilyen mértékben világivá válnak céljai, oly mértékben gyöngül a hívők vallásos érzése. A vallás befolyása nem csökken, ellenkezőleg, a vallásosság nagyobb teret foglal el a hétköznapi életben, mint valaha, de merőben rutinná válik, odavész transzcendens jellege.”⁵

Helyettesítsük be a tudományt a vallás és egyház szavak helyére, és nagyjából azt az érzést, hangulatot kapjuk, amely a tudományt a XX. század második fele óta egyre inkább körüllegli. Egyre nagyobb intézményi befolyás az egyik oldalon, és a tudományos szellem, szenvedély meggyengülése a másikon. Így a *hard* tudományok egyszerre jelentik a legtekintélyesebb ismeretszerző tevékenységet a medicina számára, és keltenek hiányérzetet maguk körül; az emberi jelenség fragmentációja és a technológiai racionalitás hidegsége rossz közérzetet szül a kemény tudományokkal kapcsolatban a modern medicina felségterületén is.

Ha a *hard* tudományok kifejezés szexista eredetét kivetítjük a mai fejleményekre, akkor azt kapjuk, hogy a kemény tudomány olyanná válik, mint a tesztoszteron faló *body builder*. Minél többet használ saját férfi hormonjából a kvantifikációból, a számokból, a mérésekből és az objektivitásból immár önmagára is kiterjesztve (tudománymetria), annál inkább úgy jár, mint a férfias hormon fogyasztását túlságba vivő férfi, aki kívülről, lát-

⁵ Hauser, A.: *A művészet és irodalom társadalomtörténete*, 1. kötet, Budapest, 1980, 366–367. o.

szat szerint a maskulin ideál megtestesítője, ám éppen legférfiasabb funkciójában vall kudarcot. Vagyis az a medicina, amely kizárólag a kemény tudományokra van figyelemmel, könnyen elkaphatja a mértékletesség hiányából fakadó betegségeket; azaz éppen alapvetően morális aspektusaiban nyilvánulhat meg impotensen. A túlzásba vitt „férfiasság” nem szolgálja a medicina társadalmi funkcióit, és válságjelenségeket idéz fel magában az orvoslás intézményében.

A másik, immár a *hard* tudományokon belüli fejlemény pedig e tudományok megváltozott működési módjára vonatkozik.

A legvilágosabban a fordulatot John Ziman munkássága mutatja be. Ez alapján a tudományoknak két korszaka rajzolódik ki. Az első, a klasszikus, úgynevezett mertoni periódus,⁶ amelyet a következő öt sajátosság jellemez:

– Közösségiség (*communality*): a tudományos tudás köztudás, mert a tudományos közösség együttműködés révén, társadalmi vállalkozásban állítja elő.

– Egyetemesség (*universality*): a tudományos fejlemények objektívek és személytelenek. A tudós faji, nemzeti, osztály- vagy személyes karakterjegyei irrelevánsak az általa művelt tudomány szempontjából.

– Érdektelenség (*disinterestedness*): a tudóst az igazság keresése motiválja, és nem befolyásolják a személyes vagy pénzügyi előrejutás gondolatai.

– Eredetiség (*originality*): a tudomány azért halad, mert a kutatók akadémiai szabadságot élveznek kutatásaik témájának és módszereinek megválasztásában.

– Kétkedés (*skepticism*): a tudományos állításokat nyílt vizsgálatnak kell alávetni, amely nyilvános igazolási folyamatban zajlik.

Ez a tudományideál természetesen sohasem valósult meg a maga egészében, de mint értékrend, regulatív eszmerendszer motiválta a tudományos közösség működését.

Az utóbbi évek fejleményei azonban egy másfajta tudománygyakorlást rajzolnak ki, amelyet posztakadémiai vagy ipari tudománynak lehet nevezni.

⁶ Robert Merton (1910–2003) amerikai szociológus.

„Nagyon sematikus, az ipari tudomány tulajdonosi (proprietary), helyi érdekeltségű (local), irányított (authoritarian), megbízáson alapuló feladatorientált (commissioned) és szakértői (expert). [...] *Magántulajdonú* tudást hoz létre, amelyet nem szükségszerűen tesznek közzé. Inkább *helyi* technikai problémákra fókuszál, és nem általános megértésre. Az ipari kutatók inkább menedzseri *autoritás* alatt tevékenykednek, semmint [szabad] individuumok. A kutatásaikra praktikus célok elérése végett kapnak *megbízást*, és nem azért, hogy a tudást általában keressék. Inkább *szakértő* problémamegoldókként alkalmazzák őket, és nem személyes kreativitásuk miatt.”⁷

A kemény, a puha és a rossz

Nem nehéz észrevenni, hogy a posztakadémiai tudományosság nem egyszerűen módosítja a klasszikus tudományos értékeket, hanem számos ponton ellentétükbe fordítja azokat.

„A régi normák kisebb erejének az lehet a jelzője, hogy a nyilvánvaló csalások legutóbbi eseteit a rendszer nem kapta el és nem korrigálta önmaga. További jel az, ahogy a kereskedelmi társaságok egyre növekvőbb szerepet játszanak annak a pénzelésében, ami korábban »közutalás« volt és az, ahogy megpróbálják befektetéseik gyümölcsseit learatni szabadalmak formájában vagy adatok »bizalmasként« (commercial in confidence) való megtartásában, így sértve meg a közösségiség és értékmentesség értékeit.”⁸

De már nemcsak egyedi botrányos esetekről van szó. A *Nature* olyan felmérést ismertet, amely amerikai kutatók saját beszámolóin alapul arról, hogyan és milyen mértékben vétettek a „jó tudomány” elvei ellen.⁹ A há-

⁷ Ziman, J.: *Real science. What it is, and what it means*, Cambridge, 2000, 73., 78–79. o.

⁸ Wilkie, T.: Sources in science: who can we trust?, in: *The Lancet* 9011 (1996), 1308–1311. o.

⁹ Martinson, B. C., Anderson, M. S. és de Vries, R.: Scientists behaving badly, in: *Nature* 7043 (2005), 737–738. o.

romezer feletti válaszoló több mint egyharmada ismerte el bűnösségét valamilyen tudományos etikába ütköző vétségben az elmúlt három évben. A beszámoló utal egy még folyó kutatásra, amelyben lényeges összefüggést találtak a helytelen viselkedés és a tudományos kutatásokra fordított források egyenlőtlen elosztása között. Vagyis immár „tömegméretekben” igazolódik a posztakadémiai tudományra való áttérés tendenciája.

Nyilvánvaló, hogy a külső befolyások által fellazított tudományosság főként nem a medikalizációellenes érdekeknek válik eszközévé. Mert – ahogy azt korábban láttuk – a partikuláris érdekek a medicinával kapcsolatos tudományos kutatást az új termékek piaci sikeressége, a profit növelése miatt a betegségkategóriák szaporítása felé mozdítják el...

Talán mondani sem kell, hogy a kemény tudományok felpuhulása nem alakítja azokat *soft* tudományokká, hanem pusztán rossz tudományokká fajulásukkal fenyeget.

E folyamatok is arra mutatnak, hogy talán ideje lenne a medicina területén is annak, hogy a *hard* tudományok felsőbbrendűségének még meglévő hívei hitet módosítanának. Ha másért nem, hát azért, hogy a *soft* tudományok intenzívebb bevonása révén kritikai-gondolati eszközt kapjanak ahhoz, hogy a medicina még akkor se veszítse el a helyes morális irányát, ha a *hard* tudományok a mai mértéktelenség kultúrájában imitt-amott mértéket veszítenek.

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 résztvevők 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, első logikája olyan attitűdöket és ezekből fakadó döntéseket csikar ki a szereplőkből, amelyek gyakran elmentések tudatos énképükkel. Kulturális énképünkhöz tartozik például az, hogy azért bízunk medicinánkban, mert tudományos megalapozottságú. Ezért egy betegség esetében hajlanánk 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 nálunknál is hatalmasabb kulturális erőknek vannak alávetve?

A következő „jelenetben” sorozatunk korábbi témáinak némely mozzanata bukkan fel – a depresszió kiterjesztett alkalmazása, az antidepresszánsok körüli bizonytalanság, az egészséggel-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 fel.¹ 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 elemezte, 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 tippelőt. 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 eset-

¹ Kirsch, I. és Scoboria, A.: Antidepressants and placebos: secrets, revelations, and unanswered questions, in: *Prevention and Treatment*, 15. July 2002.

leg kezelési helyenként is különböző mértékben – csak ez után következik.²

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 kezelése.³ 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 „ösztöneink”

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. Eszerint az orvos gyógyító ereje jelentős részben a gyógyszerben materializálódik. Gyógyszert alkalmazni az orvosi szakma speciális képessége, lehetősége és joga. A többi 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 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 bi-

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 riválisait. De addig a vázolt konstelláció kiválóan példázza a (bio)medikalizáció folyamatának sokszínű meghatározottságát.

zonytalan kategóriájára,⁴ és a hozzá kapcsolódó vitatott érvényességű szomatikus elméletekre.⁵ 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 kiégésítő, 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 hatásonak vagy hatékonynak. 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 mögött. Leegyszerűsítve úgy is fogalmazhatnánk, hogy a globális kapitalizmus logikája az ismertetett eljárások közül egyértelműen a gyógyszerek felhasználásából eredő hasznot támogatja.

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 kétértelmű kizáró tudományos bizonyítékokkal, mégis a faktum erejével működik mind a laikus, mind a szakmai közegben. Vö. Lacasse, J. R. és Leo, J.: Serotonin and depression. A disconnect between the advertisements and the scientific literature, in: *PLoS Medicine* 12 (2005), e392, www.plosmedicine.org.

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 ajándékot« – 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

⁶ Furedi, F.: The silent ascendancy of therapeutic culture in Britain, in: *Society* 3 (2002), 16–24. o.

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 „placebo-főlényt” jelent számára alternatíváival szemben. Olykor azért tartjuk hatásosabbnak a gyógyszeres kezelést, mert előítéleteink szemüvege nem engedi másképp láttatni nyavalyáinkat.

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...”

A FORDÍTVA ALVÓK ORSZÁGA

„...akit kábít a nap, rettent az álom”

József Attila

Wells *A Vakok Országá* című művében a főhős olyan elzárt vidékre érkezik, ahol egy különös betegség következtében az emberek megvakultak, és immár generációk óta a látás képessége nélkül élnek. A protagonista úgy véli, hogy „a félszemű is király a Vakok Országában” népi bölcsessége alapján majd fölébe kerekedik a bennszülötteknek. Ám végül szélsőséges devianciája (hiszen ő az egyetlen, aki lát) annyira megnehezíti létét a közösségben, hogy a „krónikus idegenséget” okozó látóképességét „meggyógyító” műtétre készítetik, „amely a szolgálai alsóbbrendűségéből a vak polgár rangjára fogja emelni őt”. Végül megrettenve leendő identitásától, szellemét is hátrahagyva, visszamenekül eredeti kultúrájába.

A Vakok Országának szokásairól hősünket a vének okosították ki:

„Aztán megmagyarázta az öregember, hogy van meleg idő, és van hideg idő. Nunez megértette, hogy a vakoknál a hideg és a meleg váltakozása a nappalok és éjszakák váltakozását jelenti. A melegben nagyon jól lehet aludni, és a hidegben nagyon jól lehet dolgozni.” Vagyis a vakok éjszaka dolgoznak, és nappal alszanak. Náluk ez a *normális*. És aki ettől eltérően akarna élni, az abnormálisnak minősülne. De ez a lehetőség ott senkinek sem jut eszébe, olyan *természetellenes* lenne.

Ha az olvasóban elutasító derültséget vált ki e mienktől oly eltérőnek látszó felfogás és életmód, akkor a figyelmébe ajánlok egy velejéig nyugati és modern betegséget: a „*shift-work sleep disorder*”, a műszakváltásos alvászavart.

A kór sajátossága, hogy azokat sújtja, akik több műszakos munkarendjük miatt éjszaka kénytelenek dolgozni, és nappal aludni. A főbb tünetek: nehéz koncentráció, fejfájás és energiahány.¹ De legfőképpen: „A műszak-

¹ www.provigil.com/patient/disorders/shiftwork.aspx (utolsó letöltés dátuma: 2006).

váltásos alvászavarban szenvedő páciensek krónikusan álmosak az éjszakai munka alatt, és álmatlanok, amikor megpróbálnak napközben aludni.”²

Mielőtt az orvos előkészítené a receptet, hogy felírja a reklámokban szereplő *egyetlen* gyógyszert, amely a „túlzott” álmoságot csökkenti,³ talán érdemes egy kicsit eltöprengeni azon, hogyan nyitja meg ez a betegség-kategória a Fordítva Alvók Országának kapuit, ahol a nappal való alvásra és az éjszaka a munkára. Így a Vakok Országáé és a Fordítva Alvók Országáé olyan szövetségesekként jelennek meg, amelyek között nincs szükség vízumra ahhoz, hogy a polgárok átkeljenek az egyikből a másikba. Hiszen mind a ketten azonosak abban, hogy más kultúrákkal szemben a nappalt tekintik alvásra valónak, és éjszaka dolgoznak.

Mindenesetre a kettő között mégis van egy nagy különbség: a Vakok Országáé fantáziaszülemény, amellyel az író értékeink, normáink relativitását, és egyben kulturális meghatározottságát mutatja be. Azt, hogy még életünk legnyilvánvalóbbnak, legtermészetesebbnek tekintett aspektusai is ellentétükbe fordíthatók más kulturális környezetben. Ami az egyik környezetben fogyatékoság vagy betegség, az a másikban természetes, a normalitás magától értetődő alkotó része lehet.

A *műszakváltásos alvászavar* ezzel szemben nem fantáziatermék, hanem az utóbbi időben megjelent orvosi diagnózis, amely ennek megfelelően újabb rendet vág életünkbe a normális-abnormális ellentéte mentén.

Nyilvánvaló, hogy a medicina megrendelői nyomásnak engedelmeskedik, amikor két alapvető szempontjának összeütközésekor a medikalizációnak kedvezőt részesíti előnyben. E „baleset” egyik résztvevője a medicina alapvető morális kötelessége: a szenvedés enyhítése. Márpedig a műszakváltásban dolgozók negyede-harmada alvászavarral küzd. Ezért fordul orvoshoz, és „provokálja” az orvos „hippokratészi ösztönét”. A „karambol” másik szereplője a biológiai normalitás-abnormalitás kategóriáinak – bár részleteiben vitatott és egyáltalán nem problémamentes – vezérfonala mentén határozza meg az orvosi beavatkozás szükségességét. Mármost igen nehéz lenne biológiai alapról amellet érvelni, hogy ne úgy len-

² Czeisler, C. A. és mások: Modafinil for excessive sleepiness associated with shiftwork sleep disorder, in: *New England Journal of Medicine* 5 (2005), 476–486. o.

³ A hatásosságát éppen az előző hivatkozás vitatja.

nénk programozva, hogy az éjszaka az alvásra való periódus, a nappal pedig a munkavégzésre szakosodott időszak.

Amikor a medicina betegségnek definiálja a fenti alvás-éberség problémát, akkor a biológiaival, természetivel, evolúciósan kódolttal szemben a modern társadalom és gazdaság normalitáskövetelménye és az ebből fakadó értékelés előtt hajol meg. Hiszen a többműszakos munkavégzés a modern iparban az eszközök és a munkaerő hatékony felhasználását célzó munkaszervezési módszer. És éppen ebből a szempontból tűnik fel betegesnek a tárgyalt alvászavar. Így azok kerülnek beteg szerepbe, akik nem képesek a biológiai evolúcióban elsajátított attitűdjüket felcserélni a modern gazdaság egy szelete által igényelt radikálisan más alvás-ébrenlét ritmussal.

Ezzel a belátással azonban úgy járunk, mint a kétértelmű vagy megfordítható ábrákkal a pszichológiában: vagy két emberi arcot látok profiltól a képen, vagy egy serleget, attól függően, hogyan változik a nézése. A kettőt egyszerre nem lehet látni, a folytonos ide-oda kapcsolat ad a képnek ilyen vagy olyan értelmet. Csakhogy míg a csalóka ábrák esetén egyik nézés sem jobb, értékesebb a másiknál, a normális-abnormális kategóriapár értékhierarchiát hoz létre a megítélés folyamatában. A normális értékes, az abnormális pedig nem az.

Mi és ki is itt az abnormális? A páciens, aki nem tud nappal aludni, vagy a társadalmi környezet, amely elvárja, hogy valaki nappal aludjon, és éjszaka legyen munkaereje teljében.

Vagy másként fogalmazva: az alvászavar ebben az esetben a normális körülményekre adott abnormális viselkedésválasz, vagy az abnormális körülményre adott normális reakció?

Hasonlót fogalmaz meg Erich Fromm a modern társadalommal kapcsolatban általános szinten, amikor a „normalitás patológiája”⁴ (*pathology of normalcy*) kifejezést használja. Az ember igazi képességeinek kibontakozását akadályozó társadalom normatív értelemben betegesen működhet. Az ilyen viszonyokhoz alkalmazkodó személlyel kapcsolatban pedig feltehető a kérdés: „Mármost, milyen beteg is ő? Azt hiszem, hogy bizonyos

⁴ Vö. „A normalitás patológiája az emberi törekvéseket a társadalmi konformitásnak veti alá. A következő kérdések vetődnek fel: Ki a beteg? A tüneteket felmutató egyén, aki

értelemben azt lehet mondani, hogy elég beteg. [...] Ám ugyanakkor azt lehet mondani, hogy az egész társadalom ebben az értelemben nem beteg: az emberek funkcionálnak. Azt hiszem, hogy ezeknek az embereknek az a problémája, hogy miként sikerül adaptálódniuk az általános betegséghez, vagy ahogy ezt nevezni lehet, a normalitás patológiájához.”⁵

A műszakváltásos alvászavarral küzdő páciensek alapvetően nem biológiai, hanem kulturális adaptációjukban sérültek: nem képesek a társadalmi-gazdasági elvárások szerint „funkcionálni”. És éppen a biológikumuk *testesíti meg* a lázadást a társadalmi értelemben normálisnak tekintett munkaritmussal szemben. Így ezzel az alvászavarral szembeni orvosi fellépés ezúttal nem a biológiailag „természetes” működést állítja helyre (amely egyébként a biomedicina egyik alapvető értéke lenne), ellenkezőleg, „természetietlenítéséhez” asszisztál.

Lehet persze erre azt mondani, hogy az orvos nem változtathatja meg a modern munkaszervezést, amellyel valójában megoldaná e páciensek alvási problémáját. A szenvedés enyhítését csak a saját eszközeivel kísérelheti meg. A munkaszervezet reformja helyett csak a test reformjában vehet részt. Ezzel azonban kénytelen oki kezelés helyett csak tünetit alkalmazni. A szenvedés enyhítésének hippokratészi parancsa így a páciens problémáját annak testébe zárja, és ezzel elszakítja társadalmi determinánsaitól.

A gyógyszer használata által a tünet olyan biokémiai zavarként jelenik meg, amely egyértelműen az éjszakai munkát minősíti normálisnak és az ehhez rosszul alkalmazkodó egyént abnormálisnak. A medikalizáció csapdája ezzel minden résztvevő számára bezárult: a lehetséges társadalmi-kulturális kritika a medicina bevonása révén a beteg testi folyamatainak „kritikájává” változik.

lázad a társadalmi nyomás ellen, a beteg? Az alkalmazkodó egyén, akinek nincsenek tünete, az a beteg? Witenberg, E. G. és Fromm, E.: As seen by analysts of the 1990s, in: *Contemporary Psychoanalysis* 1 (1997), 333–339. o.

⁵ Fromm, E.: Causes for the patient's change in analytic treatment, in: *Contemporary Psychoanalysis* 1 (1991), 581–601. o.

TERÁPIAKULTÚRA

„A képzelt fájdalmak a legvalóságosabb fájdalmak, mint-hogy szükségünk volt rájuk. Azért találtuk ki őket, mert nem tudtunk megenni nélkülük.”

E. M. Cioran

A medikalizáció meghatározásának egyik legfontosabb aspektusa, hogy komplex társadalmi-kulturális problémákat az individuális testen (testben) próbálunk megoldani. Éppen ez a kulturális hajlamunk hozza az életproblémák megoldásában meghatározó helyzetbe az orvoslást, és annak is biomedikális irányzatát.

A medikalizációban megnyilvánuló biomedikális redukció folyamatát az alábbi képlet fejezi ki: kulturális/társadalmi probléma → személyes lelki/pszichés patológia → egyéni testi patológia.

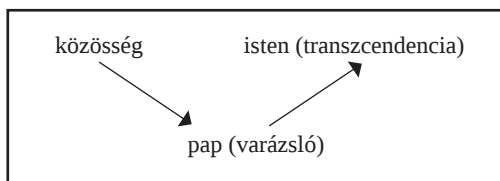
Az olvasó sorozatunk korábbi részeiből emlékezhet a *figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarra*. Ez a „betegség” a medikalizáció irodalmában az alapvető példa szerepét tölti be. Hiszen a betegségkategória kritikusai szerint a társadalomban, családban és iskolarendszerben felhalmozódott problémák fejeződnek ki a gyermek „patológiás” magatartásában, amelynek okát azután a betegségkategória védelmezői agyi biokémiai zavarban vélnek megtalálni. A probléma kezelésében tehát a folyamat első két tagja zárójelbe kerül, és a redukció révén a harmadik tag jeleníti meg a problémát, és egyben annak kezelési helyét is.

Olykor azonban a redukciós folyamat megáll – gyakran csak ideiglenesen, elfogadható szomatikus magyarázat hiányában – a pszichopatológia szintjén, és ennek megfelelően kezelési módszerként a pszichoterápia kínálkozik megoldásnak.

A medikalizáció folyamata azonban nem hagyja érintetlenül a pszichoterápiát sem, és saját logikájának megfelelően új helyet jelöl ki számára a késő modern nyugati kultúrában...

A pszichoterápia történelme tárgyunk szempontjából három szakaszra osztható.¹

Premodern „pszichoterápia”



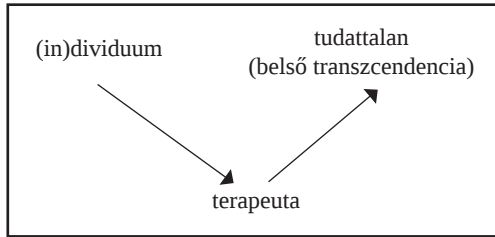
Ebben a szó igazi értelmében vett pszichoterápia előtti periódusban az egyén csak közössége tagjaként egzisztál, inkább illene rá az egyed szó, mert abban a lehatároltságában és önállóságában, ahogy azt a modernitásban szabad individuumként ismerjük, még nem létezik.

A (lelki) betegség a transzcendenciával való konfliktus eredménye. Az egyén vagy csak hordozója közössége bűnének, vagy önmaga vétett az isteni rend ellen, amelynek büntetése a betegség. A betegség így erősen kötődik a morális bűnhöz, és ezért az erkölcsi világ részeként, a bűn következményeként fogható fel. A gyógyítás a morális, az isteni világrend megbomlott harmóniájának helyreállítási kísérlete, és ilyenképpen rítusok gyakorlása, amelyek az evilági és a transzcendens világrészek közötti üzenetek „forgalmazásával” megy végbe. Az egészség és betegség a jónak és a rossznak alárendelt kategóriák; nem az egyedi testbe zárt folyamatok, hanem az azon kívüli közösségi és szakrális tér jelenségei.

A gyógyulás morális-teológiai értelemben vett megjavulás: az egyén visszavezetése és visszatérése a közösség szimbólumrendszerébe.

¹ Ebben a terjedelemben természetesen az egyes szakaszoknak csak komoly hiányokkal terhelt, vázlatos bemutatására vállalkozhatok.

Modern pszichoterápia



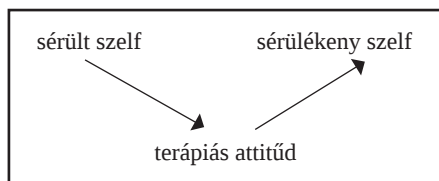
A modern, a kiváltképpeni pszichoterápia a közösségi és szakrális rítusok helyében jött létre. Egy olyan társadalomban, amelynek alapegysége immár nem a közösség, hanem a szeparált egyén. Az isten kulturális értelemben „meghalt”; a transzcendencia külsőből belsővé alakult, már nem „oda-át” van, hanem „idebent”, és a tudattalan vagy szinonimái jelenítik meg. A meghasadt egyén (*dividuum* és nem *individuum*: *individuum* = osztatlan) immár nem a transzcenciával való kommunikációjában szorul közvetítőre, hanem saját belső lélekrészeivel; nem képes „mediátor” nélküli párbeszédre önmagával, ezért váltja fel a papot a pszichoterapeuta, aki segít az egymással küzdelemben álló, egymás üzeneteinek félreértésére hajlamos személyiségrészeket egyben tartani.

A lelki betegség most már a „belső” transzcenciával (tudattalan) való konfliktus következménye. Az erkölcs a továbbiakban a küzdelemnek csak egyik szereplője, és nem a „főhatóság”, amely alatt és amely szerint a többi tényezőnek (vágyak, szexualitás, érdekek, társadalmi szerepek stb.) be kell sorolódnia. A terápia célja már nem az erkölcsi hierarchikus rend helyreállítása, a megjavulás, hanem a modern kultúrába kódolt értelemnélküliség, az értelmetlenség elfogadása. Ezt fejezi ki Freud mondása: „Nagy lépést tettünk előre, ha a hisztériás gyötrelmét közönséges boldogtalansággá változtattuk.”²

A gyógyulás ennek megfelelően mindig csak a versengő, küzdő lélekrészek és tartalmak ideiglenes – a modern ethosznak megfelelően ésszerű – kompromisszumaként áll elő.

² Vö. Breuer, J. és Freud, S.: *Studies on hysteria. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 2. kötet, London, 305. o.

Terápiás kultúra



Napjaink embertípusáról Christopher Lash így írt:

„Az utolsó huszonöt évben egyre gyakoribb az a bizonyos határesetnek tekinthető beteg, aki nehezen meghatározható tünetekkel, bizonytalan kielégületlenségérzettel jelentkezik a pszichiáterénél. Nem erőtlenségre, fóbiákra, elfojtott szexualitásából fakadó neurotikus tünetekre panaszkodik, hanem »homályos, de általános elégedetlenségre az étellel szemben«, s arra, »hogymorf létezése haszontalan és céltalan«. A beteg »ármlyaltan érzékelt, de mindent átítató ürességről és depresszióról« számol be, »az önértékelés szélsőséges kilengéseiről«, »a boldogságra való általános képtelenségről«. »Önértékelése csak akkor nő«, ha »erős, körülrajongott emberek társaságában van, sóvárogva kívánja, hogy azok elfogadják és támogassák«. Bár napi feladatait elvégzi, sőt, ki is tűnhet, a boldogság mégis elkerüli, s az élet gyakran hozza olyan helyzetbe, hogy úgy érzi: nem érdemes élni.”³

Mint ahogy kortárs kultúránk nem talál más megoldást erre a problémára, ezért azt az utat választja, hogy az egyéni (legfeljebb kis csoportra) „kálibrált” pszichoterápiás konstellációt kiterjeszti a társadalmi szintérré. Úgy is lehet fogalmazni, hogy a pszichoterápiás attitűd a rendelőlől kivonul az emberek közé, hogy onnan aztán egyre több pácienssel térjen vissza. Vagy másik aspektusként, ha nem is tér vissza a rendelőbe, akkor a terápiás szemlélet széles értelemben vett politikai-társadalmi kérdések megoldásaként fut be egyre nagyobb karriert.

³ Lash, C.: *Az önimádat társadalma*, Budapest, 1984, 53. o.

Ezen a szemüvegen keresztül a társadalom sérülékeny („alkatilag” sérült) személyek halmazaként tűnik fel, akik állandó terápiás felügyeletre szorulnak.

Ennek a „terápiás szelfnek” fő sajátosságai a következők: Tehetetlennek és gyengének érzi magát, aki nem tud érdemleges hatást gyakorolni sorsára. A külvilág kaotikus és veszélyes, amellyel szemben stabil, erős, független egyéniségnek szeretné magát látni. Ezért a kapcsolatok, kötődések fenyegetőeknek tűnnek fel számára, olyan kockázatokat hordozóknak, amelyek függetlenségét, szabadságát sérthetik, erejét gyengítik. E menedékhelyül szolgáló szelf azonban önmagában is koherencia nélküli és töredezett; végső menedékét, önazonosságának alapját az érzelmeiben véli megtalálni. „Nem az vagyok, amit teszek, hanem amit érzek.” A „jól érzem magam” vezérmotívuma határozza meg mindennapjait. A változó, illékony érzelmekben megtalálni vélt azonosság azonban csak fokozza bizonytalanságát, ürességét, amelyet kényszeres önbecsülésre törekvéssel, nárcisztikus „én vagyok a világ közepe” attitűddel vél feltölteni.

A terápiakultúrában (az erkölcsi értelemben vett) jó élet projektumát a jobban (kényelmesebben, problémamentesebben) élni attitűdje váltja fel. Ez egy olyan „hiánylényt” produkál, akinek öndefiníciója szerint: „Önálló személyiség vagyok, de egyben gyenge és betegségre hajlamos; segítségre szorulok. Áldozat vagyok, aki végső soron nem felel életéért, sorsáért.”

E kulturális tendencia kiváló kifejezője például az addikciók elszaporodása. A vágyain, sóvárgásán uralkodni nem képes egyén morális értékelés (elítélés) helyett megkapja a szenvedélybetegség diagnózisát. Így a korábbi „akaratgyengeség” technikailag nehezen kezelhető, az erkölcsi zavarodottság korszakában „megfoghatatlan” kategóriája a patológia révén értéketővé, és más intézmények hiányában terápiásan kezelhetővé válik.

Az így megjelenő betegség pedig immár nem elkerülhető, leküzdendő mozzanata az életnek, ellenkezőleg: identitásképző. A „Ki vagyok?” kérdésre ez a válasza: „Teljesen *kivagyok*. Szendélybeteg vagyok.” Nem jó, nem rossz, nem tanár vagy kőműves, nem szülő vagy gyermek, hanem lelki beteg. Ez identitásom meghatározó mozzanata. Ha ezt feladnám, mi maradna belőlem? Beteg vagyok, tehát vagyok...

A MEDICINA HATALMA ÉS KISZOLGÁLTATOTTSÁGA

„Minden természettudomány arra ad választ, hogy mit tegyünk, ha az életen technikailag úrrá akarunk lenni. De hogy technikailag úrrá legyünk-e felette, hogy akarjuk-e ezt, s hogy végül van-e ennek egyáltalán értelme, attól vagy teljesen eltekintenek, vagy az igenlő választ saját céljaik előfeltételének tekintik.”

Max Weber

Némelyek számára a medikalizáció fogalma *csak* olyan tematikát nyithat meg, amelyben főként két tézist lehet felállítani és taglálni:

– A medicina hatalmi ággá növi ki magát. Fő aktorai, az orvosok pedig „jogosulatlan” és olykor ártalmas fennhatóságot gyakorolnak az átlagpolgárok legszemélyesebb testi-lelki élete felett.

– A medikalizáció olyan diskurzust nyit meg, amely szükségszerűen a medicina „megsemmisítő” kritikáját célozza meg, és amely az orvosok munkáját általában véve rossz színben tünteti fel; ezért a medikalizáció kifejezés használata medicina- és orvosellenességet von maga után.

Az első pontot jól illusztrálja Ivan Illich könyvének hírhedt nyitó mondata: „Az orvosi esztáblisment az egészség nagy veszélyforrásává vált.”¹

A második pont mögött húzódó hagyományos, újra és újra felkorbácsolható indulatot pedig jól szemlélteti egy XVI. századi szerző: „...az orvosok minden ember közül a legbűnösebbek, a legszéthúzóbbak, a legkorruptabbak, a leghazugabbak”.²

Lehetséges tehát a medikalizáció fogalmát olyan kapuként értékelni, amelyen keresztül – ha egyszer megnyílik – úgy zúdulnak ki a dehonesztáló, támadó, a medicinára irányuló negatív indulatok, mint annak idején Pandora szelencéjéből az emberiségre a bajok. Ha pedig a medikalizáció fogalma ilyen veszélyes és felforgató, akkor a medicina barátainak és presz-

¹ Illich, I.: *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*, London–New York, 2002, 3. o.

² Agrippa, H. C.: Szatíra az orvosokról, in: *Kétarcú orvostudomány*, Pozsony, 2002, 41. o.

tízszében érdekelteknek érdemes arra törekedniük, hogy ez a kapu zárva maradjon.

A medikalizáció fogalmához ilyen rémülettel viszonyuló kapuőröknek ekképpen hangozhat az érvelése:

„Mindenféle »gondolkodók«, földtől elrugaszkodott »filozófusok«, akiknek fogalmuk sincs a medicina *gyakorlatáról*, az orvos mindennapi megpróbáltatásairól, azt állítják, hogy mi (orvosok) betegségeket találunk ki, nem igazi betegségeket valódiaknak állítunk be, gyógyszernek nevezett mérgeket tukmálunk a gyanútlan páciensekre, fondorlatos módon kiterjesztjük hatalmunkat és befolyásunkat az emberek mindennapi életére, hogy pácienseinkké változtassuk őket. Ezzel szemben nekünk nincsenek a páciensekétől eltérő érdekeink, minden cselekedetünket kizárólag az ő javuk vezérli. A betegségek, amelyeket kezelünk, mind igazi betegségek. Ha valaki az ellenkezőjét állítja, az nem látta, hogy csak valódi szenvedőkkel foglalkozunk, minden cselekedetünket szakmailag (tudományosan) igazolt tények vezérlik. Mi vagyunk a jók, aki mást állít, az gonosz vagy partikuláris érdekek vezérlik (például saját népszerűsége). Ezért kikérjük magunknak, hogy amikor egy-egy újonnan felbukkant és hirtelen »járványos méreteket öltő« betegség okán kezeljük pácienseinket, vagy éppen egy erősen promotált gyógyszert írunk fel, akkor egyesek a hátunk mögül be-bekiabálják, hogy: rajtakaptunk, te most éppen medikalizálsz! (Értsd, valamiféle bűnt követsz el.)”

Mind a két fenti álláspontot nyugodtan lehet „összeesküvés-elméleteknek” is tekinteni. Az egyik fél ugyanis lényegében véve azt állítja, hogy a medikalizációs jelenségek mögött egy világméretű orvosi (és egészségipari) összeesküvés húzódik. Eszerint, ha a medicina társadalmi jelentőségének növekedését meg akarod érteni, akkor a mai problémákat – a betegségkategóriák szaporodását, az egészségük miatt egyre szorongóbb embereket; a mindent elárasztó egészséggel kapcsolatos üzeneteket, az egészségipari cégek növekvő befolyását a medicina mindennapjaira és különösen az orvos tevékenységére; a társadalmi problémák betegségkategóriákban való megjelenését stb. – vezesd vissza egy viszonylag szűk csoport világot

behálózó összeesküvésére. A szerteágazó, sokszínű kérdések e paranoid, mert megejtően egyszerű megoldása pontosan olyan kényelmes, mint amilyen a bonyolult társadalmi, egzisztenciális problémák kezelése a medikalizáció folyamatában megalkotott egy új vagy kiterjesztett diagnózissal. (Például ahogy a világméretű kiábrándultság, céltalanság és üresség élménye megmagyarázhatónak látszik a depresszió kategóriájának kiterjesztésével. „Hát nem látod? Szenved a kibírhatatlan szomorúságtól, tehát beteg. Aki már látott ilyen embert, annak magától értetődő, hogy beteg... Mi más is lehetne?”)

A „védekező oldal” pedig úgy érezheti, hogy a medicina ellen esküdtek össze sötét erők, hogy presztízst lerombolják, hogy helyébe lépjenek – vagy egyszerűen csak irigységből, gonoszságból.

Mind a két fél a berlinifal-effektust használja: minden, ami jó a világban – főként a „szent igazság” – a mi oldalunkon van, a rossz pedig a fal túloldalán.

Csakhogy a fal leomlása nemcsak politikai szimbólum, hanem kulturális is. A késő modern társadalom jelenségeiben már nem tudjuk hihetően és a magunk számára is elfogadhatóan úgy beállítani a komplex társadalmi jelenségeket, mint amelyekben a jó és a rossz elválasztása a tudományra vagy más intézményre alapozva könnyen elvégezhető művelet lenne.

Kulturális összeesküvés

Mi lenne, ha – a medikalizáció tanulságaira is támaszkodva – azt állítanánk, hogy a medikalizáció ilyen tipikus „falomlás” utáni jelenséghalmaz. Ezért az „összeesküvés-elméletekkel” nem sokra lehet a megértésében jutni: legyen az a „gonosz” orvosok összeesküvése, akik a (potenciális) betegek feletti hatalomért küzdenek hamis vagy hamisított tényeket felhasználva, vagy a „szent” orvosok összeesküvése, akik csak a betegek üdvét követik, és semmiféle önérdek nem vezeti őket, kizárólag az Igazság ragyogó fénye és a hippokratészi eskünek a beteg üdvét első helyre állító törvénye.

Mi lenne, ha a medikalizációt tárgyalva a résztvevők nem szakadnának „mi és ők”-re; mi lenne, ha a medikalizációt a késő modern kor egyik

alapvető kulturális jelenségének tekintve a medicina és a társadalom viszonyának megértésére használnánk; mi lenne, ha nem csoport-összeesküvést, hanem „kulturális összeesküvést” látnának benne, olyan folyamatot, amelyet azért „talált ki” a nyugati kultúra, mert pillanatnyilag (történelmileg tekintve a pillanatot) nem talált jobb megoldást problémáinak kezelésére, mint a medicina erőteljes bevonását a folyamatokba; mi lenne, ha belátnánk, hogy a medikalizáció jelenségei nem kínálják fel magukat könnyen a jó vagy rossz minősítésre; ha belátnánk, hogy a medikalizáció azért virágzott fel, mert éppen az emberi jelenség aspektusainak jóra és rosszra osztása, azaz morális kezelése vált problematikusává? Ha röviden kellene leírni a medikalizációt, akkor éppen azt lehetne mondani, hogy míg korábban minden betegség bűn volt, most minden bűn vált betegséggé; hogy éppen az erkölcsi rend megrendülése az egyik legfontosabb alapja a medikalizáció folyamatainak. Vagyis a medikalizáció jelenségeit nem lehet a „lényegében véve”, „tulajdonképpen”, „akkor ez nem más, mint...”, „végső soron”-nal kezdődő mondatokban úgy leírni, ahogy az orvos tudja a betegség megértését egyetlen diagnosztikus névre egyszerűsíteni. És, ahogy nem ragadható meg *a* lényeg, éppen úgy nincs *a* bűnös sem, mert a folyamat maga nem írható le a bűn és erény dichotómiáiban, hanem nagyon finoman „leosztott” és állandóan változó szerepek, érdekek, értékek működnek együtt a tradícióval a háttérben. Nincs olyan szaktekinetély – legyen az a WHO vagy más szakmai testületek –, akik „igazságot tehetnek”, mert maguk is szereplői a folyamatoknak saját érdekekkel, értékekkel, törekvésekkel. Minden szereplő része a problémának – az is, aki ír, gondolkozik róla. Ezért senki sem „oszthatja az eszt” és kínálhat megoldásokat a kívülálló érték és érdekmentes objektivitásának fölényével.

A tények elméletekkel terheltek, az elméletek értékekkel terheltek, az értékek pedig történelemmel terheltek. Ez a – gyakran idézett – mondat a késő modern tudásra vonatkozó tudásunk összefoglalója. A tények nem beszélnek önmagukért, mert egy elmélet teszi azokat tényekké, az elméletek mindig értékeket hordoznak, az értékek pedig történelmi helytől és időtől függőek.

Akárhányszor is írja le valaki, és használja mágikusan a tudomány szót, az általa hangoztatott tények vagy tétel helyessége csak az előbbi kontextusban értékelhető. Nincs ennél szilárdabb bizonyosságunk, azaz nincs

bizonyosságunk a szó eredeti és vágyott – örök, tértől és időtől független tények – értelmében. Amikor valaki azt mondja egy új vagy kiterjesztett betegségről, hogy ez *igazi* betegség, akkor e mögé nem tud egységes betegségdefiniíciót állítani, amellyel azt igazolná. Így nem elégséges az sem, ha pusztán a szenvedéssel azonosítja. Mert éppen a medikalizáció világít rá arra, hogy korábban mennyire nem volt minden szenvedés betegség. Nincs tehát „objektív”, téren és időn kívül létező, a világ felett lebegő, kultúrától független egészség-betegség meghatározás. De a betegségek sem összeesküvések módjára jönnek létre. Mert lehet, hogy a gyógyszeriparnak érdeke egy-egy betegség létrehozása vagy jelentőségének propagálása, és lehet, hogy ez egybeesik egy-egy orvosszakmai csoport presztízs- vagy anyagi érdekeivel, de hogy ez a betegségkategória nagy karriert fusson be, ahhoz a fogadó közeg nyitottsága, elvárásai, vágyai is szükségeltetnek; a betegségkategória csak megfelelő társadalmi-kulturális táptalajon burjánzik el. A „rossz” gyermekből csak akkor lesz „agybeteg” (lásd AD/HD), ha a viselkedését a társadalom problematikusnak találja, de más megoldást nem lát vagy nem hajlandó felvállalni, mint a jelenség egészségügyi rendszer alá helyezését. Más társadalmi intézmények hitelvesztése, impotenciája, leértékelődése, a kulturális szintér átrendeződése nélkül e gyermeki magatartás-probléma nem válna orvosi kérdéssé.

A szomorúság nemcsak azért veszít teret a depresszióval szemben, mert egy problematikus nozológiai rendszer találkozik a gyógyszeripar érdekeivel, hanem főként azért, mert a kulturálisan kitermelt magára maradt egyén nem tud más megoldást magányának, frusztrációjának, kétségbeesésének enyhítésére, mint amit a medicina felajánl: egzisztenciális szenvedésének enyhítését annak betegséggé minősítésétől reméli.

Medikalizáció és új orvosi identitás

Első pillantásra ez a komplex folyamat a medicina és aktorai számára hatalomnövekedést, az egyéni életvilág feletti kontroll növekedését jelenti. De látnunk kell azt is, hogy a medikalizáció olyan terheket zúdít a medicinára, amely szereplői számára roppant frusztrációk forrása.

Az orvos ugyanis ezzel a tendenciával úgy jár, mint a mesebeli mindent megevő kis gömböc. Aki addig falt fel mindent, ami az útjába esett, míg végül kirepedt, és kihullott belőle mindaz, amit addig rendezetlenül elnyelt.

A medikalizáció csapda is, mert nemcsak az orvos teendői szaporodnak meg, hanem elmosódnak a kompetenciahatárok is. A torokgyulladás esetében viszonylag világos orvosi szakmai autoritás mellett olyan új, a medikalizáció által kikényszerített kérdések jelennek meg, hogy tényleg képesnek kell-e lennie a medicinának társadalmi méretű problémáknak az egyéni testen/testben való korrigálására? Milyen szaktudással kell rendelkezni például a tartós munkanélküliség következtében előálló reménytelenség „kezelésében” az orvosnak? Milyen lehetőségei és korlátai vannak ebben az esetben az antidepresszánsok vagy a pszichoterápiák alkalmazásának? És, ha az orvos beleveti magát az ilyen és ehhez hasonló „nyavalyák” kezelésébe, akkor azzal, hogy megkísérli szakmai tudásával „lefedni” és kezelni a szenvedések e formáit, egyúttal mennyiben „fedi el” azok társadalmi-kulturális komponenseit – amivel heroikus, de lehetetlen feladatot vállal magára.

A medikalizáció jóval a biomedikális attitűd határain túlra tolja ki a medicinával szembeni igényeket. Ezért, ha az orvos ragaszkodik a „testmérnök” vagy „testszerelő” hagyományos biomedikális szerepéhez, akkor kénytelen azzal szembesülni, hogy szakmai kompetenciájának a modern medicinában eddig preferált főbb elemei nem merítik ki azokat a problémákat, amelyekkel a rendelőben a páciensek felkeresik; így kénytelen más szakmákkal megosztani felségterületét.

Vagy olyan tudásterületeket (kommunikáció, pszichológia, filozófia stb.) kénytelen alaposabban elsajátítani és használni, amelyek biomedikális szempontból az emberi szenvedés fel nem vállalt vagy lenézett aspektusai voltak a modern medicinában.

Akárhogy legyen is, új orvosi identitás van születőben...

UTÓGONDOLATOK A MEDIKALIZÁCIÓRÓL

„A tudományos világkép azt mondja, hogy az embernek virágzó élete lesz, ha különféle szükségleteit kielégítheti. De [...] lehet, hogy valaki minden szükségletét kielégíti, mégis kibírhatatlannak tartja az életét.”

Carl Elliott

A medikalizáció különböző aspektusairól szóló konferencia-előadásaim után, ha van idő arra, hogy a hallgatóság kérdéseket tegyen fel, akkor rendszerint az elsők között hangzik el az, hogy „De mi a megoldás medikalizációra?”, vagy „Mi a teendő, hogy megállítsuk ezt a folyamatot?”

Milyen különös, hogy – mint annyiszor a modernitás történelmében – egy megoldási kísérletből probléma lett. Kiderül, hogy a szó szoros értelemben vett egzisztenciális kérdések kihordási kísérleteiben a medicina olykor nem a megoldás, hanem a probléma részévé válik.

És milyen különös továbbá az, hogy a medikalizáció jelenségeit megszüntetendő, leküzdendő problémáknak tekinti pontosan az a szakember, aki a napi rutin nyomása alatt szinte kétségek nélkül használja azokat a diagnosztikus kategóriákat és kezelési eljárásokat, amelyek egy problémákra kihegyezett előadás keretében legalábbis kétségeseknek tűnnek fel. Ebből a kettősségből azután az következik, hogy az orvos bizonyosság helyett rácsodálkozhat saját ambivalenciájára. Hiszen alkalmasint felvetődhet benne a kérdés, hogy az egész családját közlekedési balesetben elveszített ember öngyilkossági kísérlete miért is orvosi probléma. Hogy egy „magasabb” perspektívából nem lehet-e, hogy ennek az embernek az élete a családjával együtt véget ért – már persze, ha az életen nem pusztán biológiai funkcionálást értünk. Hogy a „de az élet megy tovább” és a „mindig újra lehet kezdeni” biztatásai ebben a helyzetben még cinizmusnak is tűnhetnek fel. A páciens pedig azzal tér ki az orvosi segítség elől, hogy „engem nem érdekel, hogy szakmailag hogyan közelítik meg az öngyilkosságot, de itt most az én életemről van szó, és az a családom nélkül nem ér semmit, ezért kiszállok”.

Éppen így tekinthetjük egyszerre rendjén valónak és bizarrnak azt, amikor a tévébe orvost hívnak annak a fontos kérdésnek a megbeszélésére, hogy hogyan öltözködünk tavasszal. Miért az orvos beszél arról, ami pusztán némi élettapasztalaton és bölcsességen múlik? Hiszen ezt a kérdést bármelyik idős ember megválaszolná. Persze lehet, hogy nem tudna tudományos háttérrel, és annak megfelelő technikai nyelvezettel érvelni, de attól még tudása igaz és érvényes lehet.

És „becsülhetjük” azt a riportert, aki komoly arccal, harsány nevetés nélkül képes arról riportot készíteni, hogy a téli vagy a nyári időszámításra való átállás depressziót okozhat. Mindez ráadásul vezető hír lehet a TV Híradóban, és még egy szakembert is találunk, aki mindezt meg is magyarázza. A néző veheti a lehető legkomolyabban, de tekintheti abszurdnak is, hogy a szomorúságtól, a „nem érzem jól magam”-tól való rettegésünk már olyan fokot ért el, hogy a mindennapi rutin egyórás „felforgatása” sürgős orvosi beavatkozásért kiált, ráadásul tömeges méretekben.

Az „orvosi beavatkozás” kifejezés persze manapság szinte megengedhetetlenül szűkítő értelmű, mert a hivatalos medicina mellett „szármaló” népszerűségnek örvendenek a különböző kiegészítő és alternatív eljárások, valamint az ezeknek megfelelő remediumok. Egy ismeretlen szerző ezt a jelenséget történelmi perspektívába helyezte, ekképpen: i. e. 2000: Edd meg ezt a gyökeret!; i. sz. 1000: Az a gyökér pogányság, mondd el ezt az imát!; i. sz. 1805: Az ima babonáság, használd ezt a gyógyítalt!; i. sz. 1940: Az az ital csak kotyvalék, kapd be ezt a tablettát!; i. sz. 1985: Az a tableta nem hatásos, szedd inkább ezt az antibiotikumot!; i. sz. 2000: Az antibiotikum nem használ többé, edd meg ezt a gyökeret!

Az ironia persze nem mutathat rá arra, hogy a „visszatérés a gyökerekhez” csak részben tulajdonítható a tradicionális orvosi filozófiák spontán újjáéledésének. A medikalizáció erejéből ugyanis bőven jut a hivatalos medicinán túli területeknek is: a betegséggel és a halállal szembeni rettenet nem válogat az eszközökben. A közönség számára bármilyen medicina jó lehet, amely az egzisztenciális szorongás enyhítését ígéri.

Szóval mindezekre rácsodálkozhatunk, de az ilyesfajta „megdőbbenéseknek” manapság csekély hatása van a kultúránk alapfolyamataira. Ha valahol a környezetünkben öngyilkosság kerül szóba, akkor azonnal az orvosra, a pszichiáterre vagy a pszichológusra asszociálunk, úgy gondolván,

hogy az ő dolguk az ilyen „esetek” megoldása. Az idők hétköznapi tudása, életbölcssége – beleértve a helyes öltözködést – majdnem teljesen érvénytelen, vagy csak akkor érvényes, ha a tudomány azt megerősíti. A szomorúság különböző megnyilvánulásai pedig annyira tűrhetetlenné váltak, hogy azonnali felszámolásuk technikai megoldásokért kiált, ezeknek pedig az orvos a szakembere.

Vagyis a medikalizáció egyik vagy másik megjelenési formája – esetleg csak időlegesen – ha kétségessé is tehető, de a mai folyamatok *általában véve* az orvos felé taszítják az életproblémákat.

A medikalizációval szembeni ambivalenciánkat annál is nehezebben viseljük, mert hozzá vagyunk szokva ahhoz, hogy az igazság egyféle. És ezt érvényesnek tekintjük az emberi helyzetekre is. Ha a bajra létezik orvosi tankönyvi leírás, akkor hajlamosak vagyunk azt elfogadni. Ha valaki nem szeret nagy nyilvánosság előtt szerepelni, szenved a nyilvánosság előtti megnyilvánulástól, és ez össze van kötve a szociális fóbia diagnózisával, továbbá ennek a „betegségnek” a gyógyszeres és pszichoterápiás kezelési módszereivel, akkor semmi meglepő nincs a betegségkategóriában. Igen – mondjuk – a nyilvánosság előtti szorongás megtalálta igazságát, azaz igaz helyét a szociális fóbia kategóriájában.

Hajlamosak vagyunk azonban ezt a magabiztosságot feladni, ha egy másik narratívában valaki amellet érvel, hogy korábban ezt a jelenséget szégyenlősségnek hívták, és ha valaki ilyen volt, akkor vagy nem tették ki ilyen szorongást keltő helyzeteknek, vagy éppen kondicionálták azzal, hogy gyakorta szerepeltették, és akkor a szorongása enyhült – de semmiképpen sem tekintették a „dolgot” orvosi problémának. Akkor miért is kell most a szégyenlősséget szociális fóbiává átnevezni, mennyivel jobb a medikális kifejezés a köznyelvitől? Azért, mert egy egészen új világot, attitűdöket, intézményeket, technikát, technológiát, megváltozott emberi kapcsolatoakat, világképet fejez ki és hoz magával, amelyre nagy éhség támadt mai kultúránkban. A szégyenlősség pedig nem alkalmas arra, hogy ezt az új világot belakja.

Mindazonáltal, ha az orvos a „Ne árts!” imperatívusza szempontjából vizsgálja az ilyen és ehhez hasonló medikalizációs folyamatokat, akkor fel kell tennie a kérdést: többet nyer-e a páciens szenvedésének kihordásában azzal, ha korábban bejártott kulturális-társadalmi megoldások helyett a

medicina hatókörébe kerül. Persze a medikalizáció azért gyorsul, mert éppen ezek a bejáratott megoldások koptak ki a mai nyugati társadalmakból. Így azután az orvos alkalmasint akkor is kénytelen „medikalizálni”, ha belátja ennek súlyos korlátait.

Ez is arra utal, hogy a medikalizáció ma rendkívüli, úgyszólván rivális nélküli folyamat – nem lehet előle tömeges méretekben kitérni. De ha az orvos nem a tudományos-technikai princípiumot helyezi előtérbe, hanem a medicina hagyományos morális indíttatását, akkor nyitottabb szemmel keresgélhet az így megnyíló számosabb lehetőségek között.

Szinte hallom, hogy az olvasó türelmetlenül kérdezi: „Jó, jó, hallottunk a medikalizáció számos aspektusáról, okáról. De, mi a fő üzenet a medikalizáció okát illetően?”

Hogy miért ilyen erős a medikalizáció sodrása? Ez – egyetemi mértékegységben – többszemeszteres kérdés, és még akkor sem lenne meg a teljes és kimerítő válasz. A terjedelmi korlát pedig lehetetlenné tesz egy alapos argumentációt. Így arra jutottam, hogy a nem egylényegű folyamat lényegét nem tudományos szöveggel érzékeltetem, és idézem Spiró György *Fogság* című művéből Simon mágust, aki Pilátus feleségének volt az orvosa, és azt mondja pácienséről: „Krónikus szeretetlenségben szenved, ami azután különféle módokon üt ki a testén és a testében. Tudok vele társalogni, meghallgatom, a barátja vagyok, a pártfogója, a lelki atyja, de nem vagyok a férje. Gyereke nincs, rokonai távol vannak, a szolgálkkal nem kerülhet bizalmas viszonyba, a férje elfoglalt és nyugtalan, és az én iránta való részvétem kezdeti varázsa is elmúlt már, amitől oly látványos volt a javulása korábban. Megszokott engem, és visszaesett. Én is megszoktam őt: már untatnak a nyavalyái. Túl jól ismerem, s emiatt semmi sem jut már róla eszembe. Új orvos kell neki. Akárki, csak nem én. Akiben megint korlátlanul bízhat. Hit kérdése a gyógyulás többnyire.”

A szeretetlenségben szenvedő, magányos, izolált, céltalan embernek – Simon mágus tudja – a bizalomból fakadó hitre van szüksége. Ő orvosként ehhez asszisztálhat, nem orvosi „technikával”, hanem beszélgetéssel, együttérzéssel. Mert az orvos technikai tudása itt mit sem ér. De egy ponton érzi, hogy így is a személyes lehetőségeinek a határára ért.

A medikalizációja kultúrája egy még „magányosabb tömeg” számára ígér megváltást. Abban a kétségbeesett hitben, hogy a Simon mágus-féle

határok nem léteznek a medicina számára, a technika kiterjesztett használata igenis segíthet a magányosságon, céltalanságon is.

Miért e mai buzgalom? Mert ma nem látszik más remény alapvető életproblémáink megoldására, mint a technotudományos medicina korlátlan használata. Ehhez azonban egzisztenciális problémáinkat biológiaiakká kell alakítanunk. Amikor a dolgok túl bonyolulttá, az egyén számára áttekinthetetlené és megoldhatatlanná válnak, akkor nagy éhség támad az egyszerű megoldások iránt: nincs más bajod, mint hogy valamilyen anyagból több vagy éppen kevesebb van a szervezetedben. A medicina majd pótolja vagy csökkenti, és akkor életed megfelelő kerékvágásba kerül.

Simon mágus még megengedhette magának, hogy *ne* egyszerűsítse le páciense problémáit testi bajokra – ellenkezőleg a testi tüneteket olyan szimbólumoknak tekintette, amelyek a testi folyamatokon túli világról szólnak –, mert voltak a medicinának alternatívái. Mára ezek az alternatívák erősen megkoptak.

De ha a medicina ilyen megváltószerepbe kerül, akkor ne csodálkozzon az orvos, hogy egyszerre „imádják” és feszítik keresztre...

SE VELE, SE NÉLKÜLE

A Freud-év után

Az örök életre vágó ember három módszert dolgozott ki eddig a halál elkerülésére. Alkothatott magának hitet arról, hogy a halál csak az evilági életet zárja le, de utána következik egy másik, alkalmasint magasabb rendű, jelentősebb létezés; kísérletezhet az evilági élet mindenáron való meghosszabbításával (éppen ez a kulturális megrendelés emelte olyan nagy jelentőségre a modern medicinát), és gondoskodhat arról, hogy személyisége, munkássága megőrződjön az utókor emlékezetében. Valami nagyot kell alkotni... Igen ám, de úgy látszik, hogy a kortársaktól megszerzett „nagyság pecsétje” nem is elegendő. Mert hány és hány olyan szereplője volt a kultúrtörténetnek, akik korukban neves személyiségek voltak, de az utókorban csak egyiket olyan filosz ismeri nevüket és pláne munkásságukat, akik számára alkalmasnak látszottak egy disszertáció „tárgyának” szerepére. Alighanem fején találta a szöveget Cioran, amikor az emlékezetben való továbbélésre valami mást nevezett meg, mint pusztán a saját korában jelesre értékelt teljesítményt. Mert, aki „nem tett meg minden óvintézkedést annak érdekében, hogy *félreértsék*”,¹ az nem mutatkozik elég fittnek a feledéssel szembeni küzdelemben.

Aligha lehetne kiválóbb jelöltet találni a sokértelműségért folyó sikeres küzdelemre, mint Sigmund Freudot. A freudi örökség érvényes értelmezésért folytatott küzdelem olyan vad, hogy az érdeklődőnek az a benyomása, hogy szinte nem is ugyanarról a munkásságról szólnak az egymásnak elmentmondó argumentumok. Az egyik összegzés arra jut, hogy „a pszichoanalízis nyújtja az emberi elme rendelkezésünkre álló legkoherensebb és

¹ Cioran, E. M.: *A bomlás kézikönyve*, Budapest, 1990, 18. o.

legérdekesebb képét”.² Ez az interpretáció arra utal, hogy noha Freud számos nézete újra és újra meghaladottnak, elavultnak tűnik fel – sőt, vannak olyanok, akiknek a szemében Freud egyenesen csaló és sarlatán –, mindazonáltal Freud az emberi lélek saját jogán való megértésére olyan nyelvezetet alkotott meg, amelyet a tudományos adatok szertelen akkumulációja mellett sem volt képes egy ennél plauzibilisebb átfogó teória felváltani.

Freud makacs túlélőképessége egyenesen rejtélyesnek tűnik fel egy olyan korban, ahol az ismeretek elavulásának sebessége néhány évtizednyi érvényességet sem enged meg, nemhogy egy évszázadnyit. Talán ez a konstelláció abból a perspektívából válik érthetővé, amelyből Heidegger láttatja a pszichológiát,³ hogy tudniillik elismer valami nem testit egy olyan korban, amelyben a tudományok csak az anyagit engedték látni, engedték létezni. De a korabeli pszichológia maga is tudománnyá akart válni, és ezért a testkutatás módszerét választotta. A tudományos módszert alkalmazta egy olyan létszférára, a lelkre, amely a tudományos módszer felől nem is látszott létezőnek, érvényessége a laikus beszéd területére szorult vissza. Freud szemben a fősodorral – sőt, talán saját intencióival is – olyan nyelvet talált a lélek számára, amely kellően tudományos volt ahhoz, hogy plauzibilisnek láttassa elméletét a tudományos ideológia korában, miközben engedte a lelket, a személyiséget, a maga egyediségében, egyszerűségében szóhoz jutni.

Ez a „két szék közöttiség” azonban olyan bizonytalan státusban tartja a freudi hagyományt, amelyben a következő költőinek szánt kérdés is lehet az értékelés alapja: „Tudnak-e bármi okot is adni arra, hogy ne higgyünk abban, hogy egy szép napon majd úgy tekintünk a freudiánus interpretációkra és a pszichoanalízisre, mint a XX. század alkímiájára?”⁴

Ha a fenti két attitűdöt egyetlen kijelentésben foglaljuk össze, akkor ez valahogy így hangzana: A freudi alkímiánál koherensebb és érdekesebb ké-

² Kandel, E. R.: Dr. Kandel replies, in: *American Journal of Psychiatry* 4 (1999), 665. o.

³ Vö. Heidegger, M.: Freudról és a pszichoterápiáról, in: *Filozófusok Freudról és a pszichoterápiáról*, ford. Vajda Mihály, Budapest, 1993, 61. o.

⁴ Berstein, R. J.: Interpretation and its discontents. The choreography of critique, in: Messer, S. B., Sass, L. A. és Woolfolk, R. L. (szerk.): *Hermeneutic and psychological theory. Interpretive perspectives on personality, psychotherapy, and psychopathology*, New Brunswick, 1988, 102. o.

pünk nincs az emberi elméről. Lehet, hogy több adatunk van az emberi lélekről, de nem „tudjuk” jobban, mint Freud.

Freud, medicina, pszichiátria

A lélek fentebb emlegetett ambivalens státusa meghatározta a neki megfelelő nyelvet kereső gondolkodó helyzetét is. A freudi gondolatok túlélőképessége abból is adódik, hogy egy olyan független teret jelölt ki „saját gyermeke”, a pszichoanalízis számára, amely állandóan intellektuális kapcsolatban tartotta azt más diszciplínákkal, ugyanakkor nem hagyta, hogy besorolódjon bármelyik alá, bármelyiknek is pusztán alete legyen. Ez a vonzások és taszítások sajátos dinamikáját állította elő. Nyilvánvaló például, hogy Freud orvosként a pszichoanalízist mint módszert gyógyító eljárásként fejlesztette ki, ugyanakkor a kortárs medicina számos képviselőjének e „tudományos tündérmesével” szembeni ellenállásában nemcsak szakmapolitikai, hatalmi motivációt sejtett, hanem meglátta azt is, hogy gyógyító eljárása milyen nehézségekkel találja magát szemben, ha a korabeli orvoscélszakra épít. Egy kifejezetten a magyar *Gyógyászat*nak írt cikkében így fogalmaz: „Joggal emelték az orvoscélszés ellen az utolsó évtizedekben azt a kifogást, hogy a hallgatót egyoldalúan az anatómia, fizika és kémia terén tájékoztatja, és elmulasztja őt arra rávezetni, mily fontosak a lelki tényezők a különböző életjelenségekben, a betegségekben és az orvosi kezelésben.”⁵

Az orvoscélszés az eredetileg agyanatómus Freud számára nem veszi figyelembe a lelki élet jelentőségét a betegségek keletkezésében, és ezzel az orvost – úgyszólván filozófiai szinten – megfosztja a lelki szenvedésből fakadó betegségek adekvát kezelésétől.

Gondolhatnák, hogy ha a medicinában általában nem is, de talán a pszichiátriában otthonra lelhetett a pszichoanalízis, hiszen az aztán tényleg „lélekgyógyászat”, és így itt a lélekelemzés szilárd helyet vívhat ki magának. Azonban ez a viszony is súlyosan ambivalensnek bizonyult, mert a

⁵ Freud, S.: Kell-e az egyetemen a pszichoanalízist tanítani?, in: *Gyógyászat*, 1919. március 30.

korabeli pszichiátriában pontosan azt a jellegzetességet fedezte fel – a fizikai okokra való koncentrációt –, amelyet a medicinában általában véve is problematikusnak látott. Attól tartott, hogy ebben a pszichiátriában csak egy tankönyvfejezetnyi hely juthat a pszichoanalízisnek az egyéb pszichoterápiás irányzatok mellett.

Ugyanakkor a saját gondolati rendszerének „látens” vonulataként még a halála miatt torzóban maradt művében is megemlíti egy fizikalista programot: „A jövő talán meghozza a lelki berendezésében működő energiamennyiségeknek és eloszlásuknak kémiai anyagokkal való befolyásolását. [...] Egyelőre azonban a pszichoanalitikus technikánál jobb gyógymód nem áll a rendelkezésünkre, s ezért ezt, korlátai ellenére sem kell megvetni.”⁶

Utóbb látszik, hogy sem a nyílt, sem a látens freudi program pszichiátriai megvalósítása nem hozott túl sok jót Freud számára. Amerikában úgyszólván egyeduralkodó volt a pszichoanalízis a pszichiátriában a hetvenes évekig. Ez a tendencia azonban válságba vezette a pszichiátriát a biomedikális környezetben, mert a mélylélektani attitűd nem felelt meg az elmezavarok agyi (testi) eredetére vonatkozó tételnek, amely viszont kompatibilis volt a biomedicina alapvető ideológiájával. Az analitikus helyzet pedig – úgy tűnt fel – nem felel meg a tudományos kutatások kritériumainak. A költség-haszon és a hatékonyság elvei ráadásul az új klinikai környezetben tették idegenné a pszichoanalízist. A pszichiátriának ez a válsága persze megrendítette a pszichoanalízis státusát is. Az új nozológiai rendszer a DSM-III, immár teljesen „freudtalanított” és új biológiai alapokra helyezett szakmai elveket jelenített meg. Freudnak immár csak a meghaladott történeti előzmény szerepe jutott; nem az a tradíció, *amelyből* a mai pszichiátria önmagát származtatja, hanem az a hagyomány, amellyel *szemben* saját korszerűségét megfogalmazza.

De, ha a freudi paradigma válságba juttatta a pszichiátriát annak hetvenes évekbeli kulturális és intézményi környezetében, akkor most azt látjuk, hogy Freud látens biológiai programjának eluralkodása, azaz a nyílt freudi hagyomány „kisöprése” éppen így alapvető problémákat vet fel. Erre

⁶ Freud, S.: A pszichoanalízis foglalatja, in: *Esszék*, Budapest, 1982, 449. o.

utal a neurológusok következő deklarációja: „A mi nézőpontunkból csak agyi rendellenességek vannak, amelyek egy részét a pszichiáterek, más részét a neurológusok (és idegsebészek) kezelik. [...] Azt állítjuk, hogy tudománytalan, félrevezető és veszélyes világszerte az emberek milliói számára annak a kinyilatkoztatása, hogy bizonyos agyi zavarok nem fizikai betegségek. A neurológiának és a pszichiátriának fel kell számolnia azt a XX. századi szakadást, amely területeiket elválasztotta.”⁷ Ha Freud azzal „fenyegetett”, hogy a pszichiátria elveszíti medikális státusát a vele járó stallumokkal, akkor most azt látjuk, hogy az ellenkező végtet a neurológiában való feloldódását vetíti előre: ha az elmebetegség agybetegség (és csak az), akkor nem kell lélekgyógyászat; csak agygyógyászatra van szükség.

Az elmúlt évtizedek lélekgyógyászatának történelme megengedi azt az interpretációt, hogy a pszichiátria mindenkor fősodra⁸ sem Freuddal nem képes békességben élni, sem identitását nem találja egy freudi hagyománytól megfosztott világban. A csak freudi hagyományra építő pszichiátria a kortárs, döntően biológiai medicinában veszíti el a talajt a lába alól; a csak a biológiaiakra koncentráló pszichiátria pedig önveszélyessé, önfel számolóvá válhat. Ezért egy magabiztos pszichiátriának egyszerre van szüksége Freud hagyatékának mind a nyílt, mind a látens programjára.

„Egy sor történelmi és politikai okból, a kortárs pszichiátria – amelyet némelyek »új pszichiátriának« neveznek – kérelhetetlenül tör lándzsát a tudomány (science) mint elsődleges kutatási forma mellett. A tudománynak ez az előtérbe állítása – a tudományos retorika, a tudományos módszer, a tudósok társasága – elvágta a pszichiátriát a humanitóraktól, a művészetektől és a szellemi élet más területeitől. A más emberi kutatásoktól izolált pszichiátria feltérképezheti ugyan az agyun-

⁷ Baker M. és Menken M.: Time to abandon the term mental illness, in: *British Medical Journal* 7291 (2001), 937. o.

⁸ Egy ilyen rövid írás nem teszi lehetővé a pszichiátria sokszínű tagoltságának bemutatását. De talán nem is hamisítja meg a valóságot, ha a pszichiátriát ebben a cikkben a mindenkor nemzetközi fősodrával azonosítjuk. Ez természetesen azt is jelentheti, hogy a pszichiáter olvasó nem érzi magára nézve, az ő pszichiátriájára nézve érvényesnek a fenti eszme-futtatást.

kat vagy táblázatba rendezheti neurotranszmittereinket, de szánalmasan alkalmatlanná válik legmélyebb emberi gondjaink megértésére. A pszichiátria szigorúan specializált megközelítési módjai kevés reménnyel szolgálnak arra, hogy megértsük az emberi vágyak, célok és szenvedések teljességét. És kevés reménnyel szolgálnak arra is, hogy megértsük azt a kulturális kontextust és politikai küzdelmet, amely kikerülhetetlenül alakítja a lelki élet horizontját.”⁹

A freudi hagyománytól önmagát megfosztó pszichiátria nemcsak a lelki szenvedésektől gyötört alanyát érti félre, hanem a segítségnyújtás lehetőségeiben is mértéket veszít. A valódi, mert emberhez mért lehetőségét Freud akkor fogalmazta meg, amikor egy betege így ágált: „...Ön azt mondta nekem, hogy a betegségem valószínűleg életem körülményeihez és eseményeihez kötődik. Ezeket ön sehogyan sem változtathatja meg. Akkor hogyan akar segíteni rajtam?”

Így Freud: „Nem kétséges, hogy a sors könnyebben enyhítené az ön betegségét, mint én. De meggyőződhet arról, hogy nagyot nyerünk azzal, ha az ön hisztériás szenvedését sikerül közönséges boldogtalansággá változtatnunk.”¹⁰

Ez a mértéktartás talán nem tanulság nélkül való még a mi mértéket vesztett korunkban sem, amikor vannak, akik abban reménykednek, hogy a téboly az elmebetegségek alakjában technikailag felszámolhatóvá válik.

⁹ Lewis, B.: *Moving beyond Prozac, DSM, and the new psychiatry. The birth of post-psychiatry*, Ann Arbor, 2006, 9. o.

¹⁰ Freud, S. és Breuer, J.: *Studies on hysteria*, London, 1978, 393. o.

MEDICINA: HAJÓ A KULTÚRA TENGERÉN

Az „olcsógyógyszer-vita” és kulturális aspektusai

Hazafelé az autóban rádiót hallgatok, és éppen az új gyógyszerfelírási rendszerről folyik az eszmecsere a házi orvosok és az állam képviselője között. Az új, „minél olcsóbb gyógyszert a betegnek” rendszer védelmében elhangzik, hogy az azonos hatóanyagú szerek lényegében csak az árukban különböznek, mert az ilyen medicinák 99,5%-ban megegyeznek, csak alakjukban térnek el egymástól. Ugyanaz a hatásuk és ugyanaz a mellékhatásuk. Sőt, még a vivő- és adalékanyagokban sem különböznek.

A riportban megszólaló házi orvos ugyanakkor arra hívja fel a figyelmet, hogy a gyógyszerek pszichés hatását is figyelembe kell venni, mert ha a beteg hisz a drágább gyógyszerben, akkor „foggal-körömmel ragaszkodik hozzá”.

A ríposzt erre az, hogy meg kell tanulnunk nekünk, betegeknek is: nem a gyógyszer nevén és a tabletták formáján múlik, hogy hat-e, hanem hogy mi a hatóanyaga; az hat, ami benne van.

Pillanatokat alatti kiderül, hogy ideológiák „összecsapásának” vagyok fül-tanúja.

Egyik oldalon áll a naturalista biomedikális attitűd, amely kizárólag a „csak kenyérrel él az ember” elvét követi, legalábbis a betegségek gyógyítását illetően; csak anyag hat anyagra, test testre. Ha a beteg másban hisz, akkor téved, és ez a tévedése némi „továbbképzéssel” korrigálható. Vagyis elérhető cél az, hogy a beteg kizárólag a biomedikális logikát kövesse, azaz belássa és átélje „a hatóanyagok egyezésének vagy a tabletták egyenértékűségének” tételét.

Rövid töprengés után azonban arra is rájöhethetünk, hogy ez utóbbi állítást a vitában nem annyira közvetlenül a biomedikális ideológia kényszerítette ki (noha gyökerei oda nyúlnak), mint inkább egy gazdasági – költség-

hatékonysági – meggondolás. A tételt tehát két olyan eszme támasztja alá, amelyek közvetlenül nincsenek egymással összefüggésben: a biomedikális ideológiából semmilyen konkrét gazdaságfilozófia nem következik, vagy másként fogalmazva, többféle is következhet. És fordítva: az orvosi kezelés költségeinek csökkentése nem vezethető le közvetlenül a testi folyamatok technikai kontrolljának igényéből.

Még tovább bonyolítja a képet az, hogy a hatóanyag-központú érvelés egy morális premisszát is magában foglal. Nevezetesen, hivatkozik a beteg érdekét előtérbe állító hagyományos imperatívuszra. Magától értetődőnek tekintve azt, hogy a beteg mindenekelőtt – a fiskális meggondolásokban osztozva – az olcsóságot tekinti gyógyulása legfőbb aspektusának. Vagy legalábbis e két szempont a biomedikális ideológia közvetítésével összeköthető: az olcsósággal felruházott gyógyszerhatóanyag vezet leghatékonyabban gyógyuláshoz. Összességében egy alapvetően, a XX. század közepéig a medicina fősodrát jelentő, a beteget a kezelés „tárgyának” tekintő filozófia fonódik itt össze egy alapvetően a beteg érdekeit kiindulási és hivatkozási alapnak tekintő attitűddel.

A baj csak az, hogy ezt az összekapcsolást éppen az elmúlt évtizedek tudományos és szakmai fejleményeinek tükrében nem lehet kétségek nélkül megtenni. Nagy kérdés, hogy nincsenek-e tudományos és antropológiai akadályai annak, hogy a betegek „leszokjanak” arról, hogy ne csak a gyógyszer hatóanyagára reagáljanak, hanem színére, formájára, méretére, a gyártási helyére, a dózis nagyságára és gyakoriságára, az orvos személyére, az orvos gyógyítóképességébe vetett saját hitére, valamint a beteg hitére ugyanebben és saját gyógyulási képességében. Nem is szólva arról, hogy a beteg viszonyát a gyógyszerhez befolyásolhatja még az előző esti tévéműsor vagy reklám promóciós ereje, az adott szer hatásairól és mellékhatásairól, csodás gyógyulásokról és katasztrofális kimenetelekről megjelent riportok stb. Az úgynevezett placebohatásról van szó, amelyet – ahogy mondani szokták – „Mari néni” is ismert, de a biomedicina a múlt század utolsó évtizedeiig nem tudta világképébe építeni. Most pedig a háziorvos joggal hivatkozik rá, mint az orvos-beteg viszony megkerülhetetlen összetevőjére: a betegségben és gyógyításban másról és többről is szó van, mint amit a hatóanyagok kémiai összetétele jelent. A beteg érdeke ezért nem intézhető el egyetlen tételben, hanem nagyon bonyolult aspektusok szöve-

vényes és gyakran változó hálózatoként jelenik meg, amelynek egyik fontos, de nem egyetlen összetevője a gyógyszer ára.

Foglaljuk össze: A biomedicina – amely lényegében kizárta a nem mérhető, és nem testi hatásokat – határai éppen humanisztikus-holisztikus, a beteg személyiségét, saját narratíváját, szempontjait is figyelembe vevő „mozgalmak”, a tudományos kutatások, és persze a változó korszellem hatására fellazulnak. Ezt a folyamatot a házi orvos (is) megtestesíti, aki mindig is „csipetnyi sóval” kezelte a tudományból jövő kemény tényeket, mert ezek abszolút érvényessége megtört a beteg személyiségén és a konkrét orvos-beteg viszonyon. Ekkor a beteg érdekeinek védelmében fellép az állam, kiemelve a végtelenül bonyolult érdek- és értékszövevényből a gyógyszer olcsóságához fűződő érdeket, és egy tisztán biomedikális érvelésre alapozva, „hab a tortán”-nak minősíti azokat a szempontokat, amelyek az orvos-beteg viszonyt kimozdították egyoldalúságából. Az a különös helyzet áll tehát így elő, hogy míg az orvosi irodalom kezdi kiengedni a karanténból a gyógyítás nem materiális aspektusait, most egy gazdasági-technokrata logika betegbarát szándékai mellékhatásaként visszatereli azokat a lényegtelenességbe, mert megzavarják a tiszta mérhetőség és kalkulálhatóság egyébként mára megkerülhetetlen logikáját.

Eszem ágában sincs ítéletet hirdetni, és megnevezni a „jót és a rosszat” a vitában. Hiszen minden résztvevőnek tiszteletre méltóak a szempontjai és érvei. Pusztán csak jelezni akartam, hogy a kulturális értékek, normák, ideológiák hogyan kuszálják össze a szálakat, és a korábban egy képhez tartozó mozaikok hogyan csúsznak át más képekhez tartozó darabokhoz, hogy azután az ilyen „elcsúszkálásokból” új képek, új kulturális vonások rajzolódjanak ki.

És hogy ez a leegyszerűsítő és meglehetősen felületes problémavázlat egy kicsit bonyolultabb legyen: természetesen magát ezt a gondolatmenetet is másként közelítheti meg a külföldi, és az, aki honi részese a hevült szakmai és politikai vitáknak. Mindketten ideológiájuk, értékrendszerük szerint találnak benne érveket saját álláspontjuk alátámasztására, vagy spekulálnak azon, hogy a szerző melyik politikai irányzattal szimpatizál pusztán azzal, hogy elgondolkodott egy viszonylag szűk problémát illető álláspontok és érvek kulturális hátteréről.

A kultúra determinálta orvoslás

Az orvoslás történetének lapjai egy régi tengeri utazás hajónaplójához hasonlók, amelyben feljegyzik, hogy ezen és ezen a napon egy bálna vizet fújt vagy egy repülőhalat láttak. Az egyetlen hatalmas, mindent uraló tény, amelyet sohasem említenek, a végtelen zöld víz. Az orvosi történelemben a ritkán látott, vizet fújó bálnát vagy repülőhalat a technikai fejlemények jelentik. A mindenütt jelen lévő tenger pedig az orvos-beteg viszony. Dr. W. R. Houston mutatott rá erre a sajátos jelenségre.¹ Maradva az egyik legfontosabb éltető elemünknel: hasonló ez ahhoz a bölcsességhez, hogy „nem tudjuk, ki fedezte fel a vizet, de nyilvánvalóan nem a halak”. Éppígy nem vesszük észre az éltető levegőt, amíg nem nehezen jutunk hozzá. Továbbá nincs jelen a testünk számunkra, amíg nem fáj. Az orvos-beteg viszony bizonyos értelemben a medicina mindenkori ontológiai alaphelyzetét jelenti. Már hajlanánk arra, hogy itt megálljunk, mert megtaláltuk a mediciná(ka)t meghatározó végső alapot. De nem „fújhatjuk ki magunkat”, mert az orvoslás „tengere” is része valami még hatalmasabbnak: a kultúra és a társadalom „glóbuszának”. A kultúra pedig történelmi termék, hiszen mindazokat a szokásokat, normákat, értékeket magában foglalja, amelyek a természetén túl vannak. A medicina – az orvos-beteg viszony – is kulturális termék. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az adott kultúra szubkultúrája, amely osztozik az őt megalkotó és fenntartó kultúra alapvonásaiban, de saját belső játékszabályokat is működtet, amelyek, ha elég meghatározó ez a szubkultúra, akkor számos ponton befolyásolják a „fő” kultúra vonásait is.

Ezt az alapvetést azért kellett megfogalmazni, mert megvan a hajlamosunk arra, hogy csak a „halakat” vegyük észre, és ne törődjünk a „tengerrel”. Pedig, hogy milyen halak vannak ott, és pláne, hogy milyeneket veszünk és nem veszünk észre, azt a tenger és az egész glóbusz „minősége” határozza meg. A XX. század második felének medicinát érintő fejleményei azonban a tenger jelenlétét, a glóbusz folyamatait, változásait nagyon is valóságossá tették. Míg korábban elég volt a tudományok legújabb ered-

¹ Idézi Marinker, M.: Why make people patients?, in: *Journal of Medical Ethics* 2 (1975), 81–84. o.

ményeinek mentén felvázolni a medicina hogylétét, mára már a tudomány maga is a háborgó tenger, a kockázatokat jelentő glóbusz részévé vált. A medicina ma nem az a hajó, amelyből andalítóan nyugodt vízen, fénylő napsütésben lehetne *csak* a halakra koncentrálni. Ellenkezőleg, a halak megfigyelését már-már háttérbe szorítja a hajó felszínén és egyensúlyban tartása. A kulturális-társadalmi környezet hatásainak hangos „bedörömbölése” másféle stílusú és másra figyelő „hajónaplós” bejegyzések megírását kényszeríti ki. Éppen ezért a medicina helyzetét és problémáit nem csak az állandóan halmozódó tudományos publikációkban megjelenő információk sorolásában, nem csak a technikai-tudományos újdonságok ünneplésében ragadjuk meg, hanem ezek megalkotását és medicinában elfoglalt szerepét is kulturális tendenciák megnyilvánulásaként kell szemlélnünk. Nem a rendkívüli eseményekre, hanem ezek környezetére, kontextusára is figyelünk kell.

Az „adattal” kapcsolatban arra kérdezzük, hogy mi adja azt, mitől lesz „adva”.

BETEG VAGY MEGSZÁLLOTT?

*There's so many different worlds
So many different suns
And we have just one world
But we live in different ones*

*Oly sok különböző világ van
Oly sok különböző nap
És csak egy világunk van
De különbözőkben élünk*

Mark Knopfler:
Brothers in Arms

Külföldi hallgatók hoztak a lelki traumával foglalkozó szemináriumra egy filmet, amelyet az úgynevezett démonikus megszállás illusztrálására szántak. *Exorcism of Emily Rose* (Ördögűzés Emily Rose üdvéért). Látszólag nem több, mint a szokásos ördögűzős filmek, és ezért a DVD talán fel sem tűnik a boltok polcain. De ezúttal sokkal érdekesebb problémába botlunk, mint első pillanatban gondolnánk. A valós életet szimuláló alkotások néha úgy érdekesek, ha írói fantáziából születettek, nem megtörtént eseményeket fogalmaznak meg – de éppenséggel meg is történhettek volna. Ezzel szemben a transzcendens, spirituális világot bemutató művek gyakran akkor vonzóak, ha nem az elszabadult fantázia szüleményei, hanem valóságos történéseken alapulnak. A fent említett alkotás éppen ebből a fajtából való.

A film alapjául szolgáló történet a hetvenes évek közepén Nyugat-Németország egy kisvárosába, Kligenbergbe visz, egy mélyen hívő katolikus családba. A család húszas éveinek elején járó tagja Anneliese Michel különös, epilepsziára emlékeztető görcsrohamokban kezdett szenvedni, majd rendkívüli tüneteket produkált: legyeket és pókokat, sőt, még szenet is evett. Nem volt hajlandó más táplálékot magához venni, mert azt mondta, hogy a démonok nem engedik. Még egy elpusztult madár fejét is leharapta. Saját vizeletét itta a kövezetről, szidalmazta a családtagjait, hangosan üvöltött, keresztet tört össze, Jézust ábrázoló festményeket tett tönkre és ró-

zsfüzéreket tépett szét. Leszaggatta ruháit, egyetlen folyamban talán hatszázszor is térdre rogyott és felugrott kényszeresen, amely miatt persze súlyos sérüléseket szenvedett; az asztal alatt csúszott, ugatott, mint egy kutya. Egyesek szerint „pokoli” búzt árasztott. Hangokat hallott, és látta magát az ördögöt. Azt állította, hogy több démon szállta meg, például Júdas, Néró, Káin, Hitler, Lucifer.

A lányt először egy pszichiátriai intézetben kezelték – depresszió és öngyilkossági késztetés is felbukkant a tünetek között –, ám nem javult az állapota. Meggyőződésévé vált, hogy démonok szállták meg, mert azok arcát látta az embereken és a tárgyakon. Hosszas kéréseire a helyi egyházi vezetők helybenhagyták az ördögűzés rituáléjának végrehajtását. Ezt azért is tehették, mert az Anneliese körüli emberek is tökéletesen meg voltak győződve arról, hogy démoni megszállás alatt van.

Hatvanhét ördögűzés és pokoli szenvedések után a lány álmában meghalt. A kórboncnok a halál okaként alultápláltságot és kiszáradást állapított meg. Állítólag utolsó szavai ezek voltak: „Anyám, félek.”

A történet majd harminc év után visszatért. 2005-ben elkészült a fent említett hollywoodi film, amely elismeri és felvállalja, hogy a német lány esete motíválta az alkotókat. Tavaly elkészült egy német film is *Requiem* címmel, amely „szöveghűen” követi az eredeti történetet.

Úgy tűnik fel, hogy a démonikus megszállás velünk maradt e késő modern korban is. Amerikai kisegyházak egyikében-másikában nagy hittel gyakorolják az erre (ön)felkentek a démonok kiűzését. Láthatóan mindig akadnak olyan hívők és páciensek, akik vissza-visszatérő résztvevői a széanszoknak, és képesek megjeleníteni a beléjük költözött démonokat azzal, hogy ellentétben kulturált, visszafogott átlagpolgár-viselkedésükkel, verbális és testi agresszióval törnek rá a démonjukat provokáló ördögűző papra. Más hangon szólalnak meg, trágár, obszcén kifejezésekkel támadják mindazokat az értékeket, amelyeket egyébként tisztos polgári státusukban képviselnek. Az egzorcista pedig több markáns, mélyen hívő kidobóemberforma asszisztenssel veszi körül magát, hogy szükség esetén – és a szükség meglehetősen gyakori – lefogják, megfékezzék a démon(ok) hatalmába került közveszélyes hívőt.

A valóság és a valóságok

Néhány évtizeddel ezelőtt, amikor majdnem kizárólag a felvilágosodás ideológiai öröksége határozta meg a közbeszédet, valószínűleg a tudományos racionalitás híveinek hangos kacaja uralta volna az efféle történetekre adott nyilvános reakciókat. A démonikus megszállottságban hívők pedig erős ki-sebbségben, de mindenesetre csendben fogadták volna az őket lekicsinylő, a középkor sötétségét és a „szellem napvilágának” hiányát emlegető kommentárokat. Nagyon erős VAGY került volna a kétféle minősítés közé, amely mély szakadékot jelölt volna ki az efféle transzcendens jelenségekben hívők és a modern racionalizmus támogatói között: ördög, démon szállta meg VAGY epilepsziás, hisztériás, szkizofrén kategóriák telepedtek volna meg a VAGY-szakadék két partján, talán csak átkokkal kommunikálva egymással, de semmiképpen sem hidat építve az elválasztó feneketlennek tetsző mélység fölött.

De mostanában mintha némelyek legalább pallókat kezdenének lefektetni, már nem annyira tartva a kiátkozástól...

*Clophenithoxollal kezelt egzorcizmus-rezisztens szellem-megszállás*¹ címmel évekkkel ezelőtt kevés visszhangot kiváltó publikáció jelent meg a *The British Journal of Psychiatry*-ban.

Egy Angliában élő indiai fiatalemberről szól, akit vizsgálati fogságban tartottak egy taxi elrablása és a vezető túszul ejtése miatt. Azt állította, hogy rossz cselekedeteit egy szellem megszállása alatt követi el. Gyermekkorában neki és testvéreinek az egyik nagynénjük megátkozott rizst adott. Azóta időről időre egy öregasszony szelleme veszi birtokba a fiú testét, aki ennek hatására olyan bűnöket követ el, amelyekhez eredeti személyiségének nincs semmi köze. A szellem akkor is figyel a gondolatait, amikor éppen nem szállja meg. Fogva tartása alatt a gyanúsítottal kapcsolatban éjszakai szorongást, visszahúzódást, deperszonalizációt és hallucinációkra adott válaszokat figyeltek meg. A páciens előzőleg ördögűzésen esett át, de az nem használt. Így a pszichiáterek antipszichotikummal próbálkoztak, amelyre a tünetek enyhültek.

¹ Hale, A. S. és Pinninti, N. R.: Exorcism-resistant ghost possession treated with clopenithoxol, in: *The British Journal of Psychiatry* 3 (1994), 386–388. o.

No lám, mondhatnánk, íme a bizonyíték arra, hogy nem megszállott volt, hanem elmebeteg. A tudományos alapú medicina helyesen, igazul ragadta meg a problémát a babonasággal szemben, és szerencsére a gyógyszerek hatottak is. Csakhogy a cikk szerzői nem teszik lehetővé ezt a kényelmes következtetést, mert így fogalmaznak: „A páciens a neuroleptikus kezelés hatására, az eredeti megszállottság korábbi bizonyítéka ellenére [kiemelés tőlem – B. A.], remisszióba került.”

A cikk absztraktjának e tömör mondata alapjául a főszövegben megálapítják, hogy a nyugati medicina a disszociatív állapot vagy a paranoid szkizofrénia diagnózisára jutna, de a börtönlelkész látta a gyanúsított által is említett leszálló felhőt, amelyben a páciens leírásához hasonlító rémisztő halott női arcot látott. Továbbá három vallás négy papja is kételyeit hangoztatta a jelenség téveseszme-jellegét illetően.

Vagyis a nagy presztízsű tudományos-szakmai folyóiratban megjelent esetismertetés szerzői arra utalnak, hogy *ultima ratió*ként használták a neuroleptikus kezelést olyan megszállottság esetében, amely ellenállt *adekvát* terápiájának, az ördögűzésnek.

Criss Cook, a kenti Institute of Medicine and Health Science professzora pedig így fogalmaz a démonikus megszállottság és az elmebetegségek összefüggéseiről: „Ésszerűnek látszik úgy fogalmazni, hogy a démonikus megszállás etiológiai tényező lehet bizonyos elmebetegségek esetében, de etiológiai tényező lehet nem pszichiátriai állapotok esetében is, és más esetekben pszichiátriai és orvosi zavarok hiányában is találkozni lehet vele.”²

Világaink

Lám, az egyszer már illegitimé vált démonok lassan visszakúsznak még a tudányszerű diskurzusba is. Az arrogáns felvilágosult racionalitás világukkal együtt egy időre száműzte azokat, de minthogy az arrogancia mögött mindig is meghúzódó, sőt, azt éltető bizonytalanság és kétségbeesés

² Cook, C. H.: *Demon possession and mental illness: should we be making a differential diagnosis?*, 1997, http://www.meta-religion.com/Psychiatry/Demonic_possession/dp_and_mental_illness.htm.

immár a kortárs nyugati kultúra nem rejtett, sőt, feltűnő sajátserűsége lett, így nehéz más kultúrákkal szembeni abszolút felsőbbrendűség hitét továbbra is fenntartani.

Más kultúrákban az emberek transzcendens lényekkel, szellemekkel is kapcsolatban vannak. Aki *ott* erre nem képes, az lelkiileg *nem* egészséges; sérült a realitásérzéke. Természetesen, a mi tudományunk módszertanából adódóan nem képes annak a világnak az érzékelésére; a transzcendens lények olyanok számára, mint a lopakodó bombázó a radarok számára. A földről nézve az égi jármű nem látszik, de aki benne ül, annak nagyon is valóságos a léte. Ezért „hogyan képes egy olyan hitrendszer, amely a racionális ember sajátos nézetén alapul, megítélni valakit, akinek a számára egy ilyen világgép teljesen idegen?”³

Félreértés ne essék, nem amellettt szól ez a fejtegetés, hogy a démonok, szellemek *objektív* létezéssel bírnak, de nem is amellettt, hogy kimerítjük a jelenség összes megértési lehetőségét, ha csak hibás elmeműködésnek tulajdonítjuk felbukkanásukat.

Hanem talán nem is ugyanarról a világról vannak eltérő képzeink, hanem különböző világokban élünk.⁴

Minden kultúra másként *világítja* meg az életet, más fényű és színű lámpákat használ, más rendezői utasításoknak engedelmesskednek a szereplők, sőt újabban még a rendező létét is kétségbe vonják, és úgy érzik, hogy önmaguk is dirigálni tudják a darabot. És noha a nagy színmű eleje és vége azonos, a két végpont között nagyon különböző jelenetek is lejátszódhatnak. Aki pedig honos az egyik színdarabban, az úgy véli, hogy az ő játékuk maga az élet, és ha be-bepillant is mások előadásába, azokat idegennek – valahogy nem reálisnak tapasztalja meg.

Más kultúrákból vagy saját kultúránk előidejéből néhány szerencsétlen olykor idetéved, hogy zavarba hozza ítézőképességünket, rámutasson arra, hogy a racionalizmus vezette kulturális szanitáció sohasem lehet teljes. Az

³ M. Chopra levele, in: *The Lancet* 8963 (1995), 1510. o.

⁴ Vö. „Azok a világok, amelyekben a különböző társadalmak élnek, eltérő világok, nem pusztán ugyanaz a világ különböző címkékkel ellátva.” Sapiro, E.: Culture, genuine and spurious, in: *American Journal of Sociology* 4 (1924), 401–429. o. Idézi: Jenkins, J. H. és Barrett, R. J.: Introduction, in: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity*, Cambridge, 2004, 9. o.

így keltett szorongás aztán még hevesebb tisztítási műveletekre ingerel – persze az ész nevében. Csak nehogy úgy járjunk, mint a túlzott higiéniaival: nem csak a „rossz” organizmusok pusztulnak el általa, hanem a „jók” is. Biztos-e, hogy a szellemek nélkül otthonosabb a világunk, mint változatos és népes másvilágunkkal? Talán már nem is vagyunk meggyőződve arról, hogy a szellemek és démonok kiűzésével jó üzletet kötöttünk? Jobban értjük-e magunkat, ha pusztán hisztériának, deperszonalizációs zavarának vagy szkizofréniának látjuk *mindazt*, ami hasonlatos az elmebajhoz?

Ezek nem költői kérdések! Ötvenszáz évvel ezelőtt fel sem merültek volna, de ha mégis, akkor a válasz nyilvánvaló lett volna: a magabiztos racionális korszellem a szellemeket még hipotézisként sem tűrte meg. De a korunkra jellemző bizonytalanság és az otthontalanság előli kétségbeesett menekülés feltámasztja a transzcendens lényeket, mert a megszemélyesített gonosszal mégiscsak emberiben lehet kommunikálni, közelebbi nexusba lehet kerülni, mint a személytelen és megfoghatatlan társadalmi struktúrákkal.

Egyébként pedig legyünk óvatosak, mert tudvalévő, hogy a szellemek teljes manifesztációjuk idején (amikor a legtöbb látványos tünetet produkálják) a leggyengébbek. Az igazi veszélyt az jelenti, amikor a szellem ereje teljében lopva tartja ellenőrzése alatt azt a személyt, aki ennek nincs is tudatában.⁵ A démonok akkor vannak a leginkább jelen, amikor a legkevésbé éljük meg jelenlétüket.

Szóval, az a gyanús, ami nem gyanús...

⁵ Definition of demonic possession and levels of possession, http://www.spiritualresearchfoundation.org/spiritualresearch/difficulties/Ghosts_Demons/.

HAJSZOLT EGÉSZSÉG

Hajsza közben vagyunk... Rohanunk a betegségek elől, és megpróbáljuk lóhalálában összekaparni az egészség morzsáit abban a reményben, hogy egyszer majd a *puzzle* kirakódik, és elnyerjük a Nagy Egészséget. A küzdelem annyira komoly, hogy egyetlen mosoly sem támaszthatja a legcsekélyebb kétséget sem aziránt, hogy életbe vágó minden lépés, amit e hajsza közben teszünk.

Hacsak a nagy rohanás közben nem botlunk bele éppen egy Lázár Ervin-mesébe, hogy kénytelenek legyünk, legalább egy röpke pillanatig, elveszíteni komolyságunkat...

„– Képzeld, Mikkamakka – újságotla Vacskamati –, Szörnyeteg Lajost gyötri az álmoság. Már mindenfélét kitaláltunk álmoság ellen. Bukfencezett, forró-hidegben fürdött, majdnem kutyabengét evett, koplalt, fát vágott, most meg majd mondókát mond...

– Dehogya mond, dehogya – mosolygott Mikkamakka.

– De mit csináljak – siránkozott Szörnyeteg Lajos –, amikor úgy szenvedek az álmoságtól?!

– Hát aludj – mondta Mikkamakka –, feküdj le és aludj!

Valamennyiük szája tátva maradt.

– Jé, hogy erre nem gondoltam – suttogta elámulva Szörnyeteg Lajos, s azon nyomban le is feküdt, azon nyomban el is aludt, hirki-horki-horkolászott.

A többiek meg lábujjhegyen, csöndeskén, óvatosan.

Nagyon büszkék voltak. Megmentették Szörnyeteg Lajost.

Lám, nem gyötri már az álmoság szegényt.”¹

¹ Lázár, E.: Szörnyeteg Lajos jaj de álmos, in: *A Négyszögletű Kerek Erdő*, Budapest, 1985, 35. o.

Manapság Szörnyeteg Lajos csak egy pillanatra lenne elégedett Mikkamakka megoldásával, és hamarosan megkérdezné:

– Jó-jó, de hogyan tudnék minél gyorsabban, minél többet aludni?

– Mikkamakka megmondta neked, hogy egy *jót* kellene aludnod.

Miért vagy ezzel elégedetlen? – kérdezné Vacskamati.

– Mert én nem egyszerűen *jól*, hanem *hatékonyan és egyre hatékonyabban* akarok aludni – mondaná erre Mikkamakka.

De mit is beszélek, persze, hogy nem mondaná. Lázár Ervin mesebeli állatai sokkal bölcsebbek a modern embernél ahhoz, hogy ilyen sületlenségeket beszéljenek.

A hatékonyság kultúrája

Nem valószínű, hogy lehetséges ma akár egyetlen napot is leélni anélkül, hogy ne találkoznánk akár többször is a hatékonyság szóval. A „racionálisal”, a „racionalizációval”, a „korszerűvel”, az „objektívvel”, a mindent elárasztó számokkal és mérésekkel; ma a hatékonyság fogalma az egyik meghatározó eleme (poszt)modern mitológiánknak. Olyan kategória, amely nélkül manapság nem lehet értelmesen leírni az emberi tevékenységet vagy egyáltalán megtervezni azt. Történelmi távolságtartás nélkül úgy tűnik fel, hogy mindig is része kellett legyen a természet átalakítását és a kultúra létrehozását célzó törekvéseknek.

Ha pedig ez mégsem így volt korábban, akkor éppen arra jó kortárs elburjánzása, hogy fejlettségünket, a „jobbakk vagyunk a régieknél” modern öntudatát megerősítse.

A gyógyításnak hatékonyan kell lennie, az egészséget hatékonyan kell megőrizni, a betegek hatékonyan kell meggyógyulnia...

Pedig lehetséges olyan perspektíva is, amelyben a hatékonyság „egészségtelenségi” tünet, amikor felbukkanása és eluralkodása éppen arra utal, hogy az emberi egészlegességéből valami hiányzik; hogy *sub speciae aeternitatis* szemlélve a hatékonyság nem a kicsattanó egészség „tünete”, ha-

nem mankó, amely a kulturális értelemben véve fogyatékkal élő nyugati embert segíti legalább bicegni.

„Amikor egy nemzet körül elbizonytalanodnak, és egyre hatástalanabban válnak a dolgok – a hatékonyságot kezdik emlegetni. Így van ez akkor is, ha valaki testileg megrokkán, és – életében először – elkezd az egészségről beszélni. Az életerős szervezetek nem a folyamataikról beszélnek, hanem céljaikról. [...] Az életerős korok életerős emberei közül senki sem tudta volna felfogni, mi értelme annak, hogy a munkát hatékonyan kell végezni.”²

A hatékonyság követelményének ereje a célok helyén tátongó úr nagyságával arányos. Olyan, mintha egy futóversenyen vennénk részt, ahol bemondják, hogy a résztvevők mennyi idő alatt teljesítették a résztávot. Ez minden futót arra ösztönöz, hogy még gyorsabban teljesítse a következő szakaszt. De egyetlen résztvevő sem tudja, hogy hová is futnak, merre van a cél, és mennyi és milyen részzszakaszok várnak még rájuk. E gyötrő egzisztenciális tudáshiány miatti kétségbeesésük elviselésére viselkednek akként, mintha az egyes szakaszok gyorsabb megtétele helyettesíthetné a „Mi végre szaladgálunk itt?” kérdésre adandó válasz hiányát.

Így lesz az élet célja az életben maradás; a medicina pedig azért kap kitüntetett szerepet, mert tőle remélünk választ az immár mindennél fontosabbá vált biológiai létünk meghosszabbítására.

„Az egészség a legfőbb érték” követelménye csak abban a kultúrában lehet meghatározó morális parancs, ahol az élet egészségessége „vele született” kulturális hiba miatt elveszett, a test normális működésére redukált egészség pedig azt a reményt sugallja, hogy legalább ebben a mikrokozmoszban fenntartható, illetve helyreállítható a rend és az értelem. E szerint a modern „mágikus gondolkodás” szerint, ha a világ tükörképeként működő testet nem fenyegeti a normális folyamatok megbomlása, illetve a folyamatok technikai ellenőrzés alatt tarthatók, akkor nagy baj nem lehet a világgal sem.

Ha azonban az életet pusztán biológiai problémának tekintjük, és minden más aspektusát csak „hab a tortán”-nak minősítjük, akkor magát a bio-

² Chesterton, G. K.: *Eretnekek*, Budapest, 1991, 8–9. o.

lógiai mozzanatokot is kitesszük az egzisztenciális elégedetlenségből származó pusztító hatásoknak.

A depresszió élre törése a jövő betegségeinek sorában éppen azt mutatja, hogy az állítólagos felépítmény hogyan erodálja az alapnak tekintett biológikumot; a tömegember életének céltalansága és üressége hogyan dezorganizálja a testi folyamatokat; az egzisztenciális aggodalom miként bomlasztja fel még a normális testi működés többé-kevésbé tudományosan jól megragadhatónak látszó struktúráját is.

Az egészségesség és a fittség

A szétesett világ, az értelemhiányos élet lehetetlenné teszi az egészség fogalmának egészségességét, amely nyughatatlanul bolyong a „betegség hiánya” definíció és a WHO folyamatos orgazmikus állapotot sugalló meghatározása között.³ Az előbbi még csak-csak a medicina és intézményeinek kompetenciájába tartozna, ha éppen a medikalizációs folyamatok hatására nem szaporodnának a betegségfajták, és nem inflálódna ezáltal maga a betegség fogalma magának a medicinának a kereteit feszegetve. A WHO etalonnak tetsző meghatározása pedig ugyan magában hordozza a holisztikus egészségésszményt, de éppen emiatt messze túlnő az orvosi szakma hatókörén.

Úgy tűnik fel, hogy az ekképpen jelentős frusztrációkat okozó és tükröző *egészségnek* konkurenciája támad az első látásra szinonimának tűnő *fittség* fogalmában.

A fittség legfontosabb sajátossága az egészséggel szemben az eleve benne foglalt meghatározhatatlanság. Az egészség még hordozta a meghatározottság, a lezárttság, a standardizáltság, az objektivitás értékeit. Azt sugallta, hogy van – vagy legalábbis megcélozható – valamilyen konstans és szilárd normarendszer, amelyhez igazodhat az egyén, amelynek a fenntartását vagy elérését célul tűzheti ki, és amely folyamatos külső mérceként

³ Vö. „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, s nem pusztán a betegség vagy a nyomorékság hiánya.” Idézi Kovács, J.: *A modern orvosi etika alapjai*, Budapest, 1999, 123. o.

szolgálhat számára. Ehhez viszonyíthatja magát, és megállapíthatja, hogy hol tart.

A fittség azonban maga a lezáratlanság, hiszen éppen a nyitottságot, a hajlékonyságot, az új élmények befogadására való készenlétet foglalja magában. Éppen minden norma és minden standard összetörésének képességére utal, arra, hogy a fittséghez kapcsolódó élmény szubjektív, bizonytalan, mérhetetlen és összemérhetetlen, összehasonlíthatatlan.

Az egészség modern fogalma inkább a „nem több és nem kevesebb állapot” normálértékeihez kötődik, aki pedig fitt, az felfelé, a „még több, még jobb” felé nyitott. Az egészség valójában nem fokozható (vagy egészséges valaki, vagy nem), a fittség viszont igen. Nem tűri a felülről behatároltságot jelentő normálértékeket, hanem át akarja lépni azokat. „...»fittnek lenni« azt jelenti, hogy hajlékony, befogadásra kész és igazítható testem van, amely kész arra, hogy még ki nem próbált és előre meg nem határozható érzéseket éljen át. [...] Majdnem azt lehet mondani, hogy ha az egészség a »normához való ragaszkodás«, akkor a fittség a minden norma áthágásának és minden már elért standard magunk mögött hagyásának képessége.”⁴

Az egészség egy még viszonylag jól leírható, átlátható, meghatározható struktúrával bíró kultúrához és társadalomhoz kötődik. A fittség ezzel szemben a bizonytalan, szilárd struktúrával nem rendelkező, érték- és normarendszerében folyamatosan átalakuló világ fogalma.

A „Légy egészséges!” parancsa még a többé-kevésbé világos normák nem teljesítéséből fakadó lelkiismeretfurdalást és szorongást kelthetett. De a „Légy fitt!” meghatározatlansága sokkal jelentősebb és kontrollálhatatlanabb elégtelenségérzések okozója. Hiszen arra szólít fel, hogy igazodj egy előre meghatározhatatlan állapothoz, mégpedig előre meghatározhatatlan attitűdökkel és testi-lelki folyamatokkal úgy, hogy az alkalmazkodásod helyességéről való ítéletet magad fogod meghozni egy előre programozhatatlan érzetsorozatból következtetett „jól érzem magam” vagy „nem érzem magam jól” megállapításokkal.

⁴ Bauman, Z.: *Liquid modernity*, 2000, 77–78. o. Az egészség és a fittség leírásában általában véve az idézett műre támaszkodom.

Nem csoda, ha az „Egészséges akarok lenni!” törekvését – amelyben való előrehaladásra még az orvosok ítéleteiben kívülről is lehet igazolást keresni – felváltja a „Jól akarom érezni magam!” vágya, amelynek elérését kizárólag egy olyan személy illékony érzeteiben kellene neki magának megtalálni, aki egyben éppen ezekben az érzetekben keresné saját személyiségének megerősítését.

Az orvos, aki az egészségre van kiképezve, állandóan a fittség követelményeibe botlik. Az egészséget körülíró normálértékekhez még többé-kevésbé viszonyíthatta munkájának eredményét. De hogyan viszonyulhat saját sikerességéhez vagy sikertelenségéhez, ha az döntően a (potenciális) páciens mérce nélküli „jól érzem magam”-jához kötődik.

Mintha ártérre építené házát...

A BETEG KULTÚRÁJA

Szubkultúrák

Nem a kulturált betegről lesz szó. Arról, hogy művelt-e vagy bunkó a beteg, hogy szép, nyelvtanilag helyes mondatokban fogalmazza-e meg a panaszeit, amikor orvosnál jár, hogy köszön-e, amikor belép a rendelőbe vagy hogy illendően öltözött-e fel a vizsgálathoz.

Arról lesz szó, hogy miközben természetesen a nyugati kultúra polgárai közös szokásokban, normákban, értékekben osztoznak, e közös ernyő alatt különböző szubkultúrák bontakoznak ki; olyan csoportok, amelyek a közös „nyugatiság” mellett fontos vonásokban különböző életformákat alakítottak ki, másként látják, másként fogalmazzák meg normáikat, értékeiket, érdekeiket. A laikus beteg és a szakember orvos ilyen különböző szubkultúrákban él, és amikor találkoznak, akkor két (részben) különböző szubkultúra képviselője kerül egymással kapcsolatba.

„Egy középkorú nő, aki krónikus kínzó fejfájásban szenved, nagy csoport orvostanhallgató jelenlétében, akadozó mondatokban arról beszél, hogy férje alkoholista, aki olykor bántalmazza őt, hogy gyakorlatilag az utóbbi öt évben a házához kötve él, mert szenilis és inkontinens anyósát kell gondoznia, és hogy állandó aggodalmak gyötrik kamasz fia miatt, akit eltávolítanak a középiskolából.

Noha az asszony beszámolója nagy együttérzést váltott ki a hallgatókból, egy hallgató végül félbeszakította a professzort, és megkérdezte: »De mi a fejfájás valódi (real) oka?»¹

¹ Lock, M. és Schepr-Hughes, N.: A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent, medical anthropology, in: Johnson, T. M. és Sargent, C. F. (szerk.): *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, New York, 1990, 47–72. o.

Két „realitás”, két világ bontakozik ki a szemünk előtt: a betegé és a születőben lévő orvosé. Aki – mint a neofiták esetében oly gyakran előfordul – nagyon meg akar felelni új kultúrája általa vélt alapvető normáinak.

Ezért számára a beteg narratívája nem illeszthető be az orvoséba; olyan, mintha inkompatibilisek lennének. A beteg élményei az orvos világában nem tartalmaznak érvényes információt, amolyan „blabla” szöveget jelentenek. Kizárólag a tünet maga jelenthet érvényes kiindulópontot. De a fejfájás tünetként is csak akkor legitim, ha diagnosztikus eszközökkel kimutatható testi folyamatokban felmutathatók alapjai; akkor reális, ha pozitív leletek igazolják létét.

A fejfájás csak akkor kerül be az orvostanhallgató új kultúrájába, ha kikerül a pácienséből. Mintha a hallgató azt mondaná: „Csak akkor uralhatjuk a fejfájást, ha az asszony lemond arról, hogy ez az ő fejfájása, ha *mi* birtokoljuk, ha a *mi* fejfájásunkká válik, ha esetté tehetjük. Amíg az asszony fejfájása, addig fájhat a fejünk, hogyan oldjuk meg. Ha viszont a *mi* nyelvünkbe kerül át, akkor a fájás biológiai okaiban oldódik fel.”

Egy harmadéves külföldi orvostanhallgató így reagált a fenti példára:

„Noha együttérzést váltott ki a hallgatók körében, mégis a kérdés kimondásával a hallgató egy elképzelést és gondolkodásmódot fejezett ki a medicinával és azzal kapcsolatban, hogyan kell az orvosi, fizikai tüneteket felfogni. A *szűklátókörűen* meghatározott nézőpont jól ismert közöttünk, orvostanhallgatók között. Ahogy esetünkben is, annyira bele vagyunk ragadva tanulmányaink szűk tartományába, hogy képtelenek vagyunk kilátni a dobozból. [...] A csőlátásszerű gondolkodást – remélhetőleg – idővel kinőjük.”

Az elnémított beteg

A betegek és az orvosok szubkultúrája természetesen valamiképpen mindig különbözött, de a modern medicina megjelenése e tekintetben is fontos fordulatot hozott.

Nézőpontjaik drasztikus szétválása a modern medicina felemelkedésével járó feltűnő folyamat. A premodern, úgynevezett ágy melletti medicina

idején az orvos a betegség gyógyításához szükséges alapinformációkat magától a betegtől szerezte meg, hiszen azokra a panaszokra, tünetekre hagyatkozott, amelyeket a páciens maga nyelven adott elő. Úgy is fogalmazhatjuk, hogy e kor orvosa a példában szereplő asszony esetében valószínűleg *fejfájás* nevű betegséget állapított volna meg, és nagyon komolyan véve az asszony beszámolóját, élet- és étrendi változásokat javasolt volna, hogy a testnedvek egyensúlya helyreálljon. Vélhetőleg gyakran kevert volna a betege számára érthetetlen latin kifejezéseket a beszédébe, és – részben saját fontosságának hangsúlyozására – alkalmazott volna egyik-két korabeli „gyógyító” technikát is: érvágást, köpölyözést. De mindez a páciens narratívájának meghosszabbításaként, kibontásaként jelent volna meg, és nem annak érvénytelenítéseként, marginalizálásaként. *Az orvosi tudás nem a páciens öntelmezésének félretolásában, hanem annak magasabb szintre emelésében nyilvánult volna meg.*

A modern medicina és attitűdváltás megjelenésének egyik első látványos „tünete” a sztetoszkóp megalkotása volt. Némiképp lejáratos kifejezéssel élve, ez a műszer paradigmátikus fordulatot hozott és jelzett az orvos-beteg viszonyban. Ettől kezdve „a páciens történetén túl a páciens testébe »láttak«, hogy a tünetek materiális alapját kiderítsék”.² Noha, maga a feltaláló, Laennec figyelmeztetett arra, hogy „az orvosok ne csak a pácienseik mellkasát hallgassák meg, hanem mondandójukat is”,³ a beteg és az orvos narratívájának szétválása, az előbbi leértékelődésével együtt elkerülhetetlen volt;⁴ a betegség objektív jelei elváltak a betegség vagy egészség szubjektív élményétől. Úgy tűnt, hogy a nozológiai kategóriák homogén objektivitása olyan fejlődés eredménye, amely egyszer és mindenkorra érvényteleníti az ágy melletti medicinából származó orvos-beteg viszony intimitását, és ezzel együtt a beteg az orvos számára immár örökre „megnémulhat”, mert ami a gyógyításban hatásos és fontos, azaz, ami lényegileg a betegséghez tartozik, az kívül van a beteg szubkultúráján.

² Duffin, J.: *History of medicine. A scandalously short introduction*, Toronto, 2004, 203. o.

³ Duffin 2004, 199. o.

⁴ Természetesen a sztetoszkóp egy komplex kulturális folyamat egyik fontos mozzanata, és balgaság lenne megjelenésére egyszerűsíteni a modern medicina nővumait.

A nagy comeback

Ha egyszer egy morbidnak minősített folyamat hivatalos szakmai legitimitást kapott, akkor ugyanazon alapvető szakmai szabályok szerint kell viszonyulni hozzá. A „nozológiai rendszer előtt minden betegség egyenlő” elve azt is maga után vonja, hogy a betegségeket hordozó, a betegségek által „megszállt” betegek maguk is ebbe a helyzetbe kerülnek; megélik a betegségek orvosi szakma előtti egyenlőségét. Természetesen kisebb-nagyobb „egyénieskedések” lehetségesek, de ezek legfeljebb zavaró tényezők, és alapvetően nem változtatják meg a betegségek objektív homogenitását.

Úgy tűnik azonban, hogy az utóbbi időben az orvos-beteg viszony ismét „fordulatban van”, a páciens nyelve újra teret követel magának.

„A betegség, amely majdnem egy évszázadon keresztül a testen belüli károsodáshoz kötődött, most kiszabadult és új szövetséget kötött a páciens életrajzi integritásának egyéni jelentéseivel.”⁵

Ezzel a gesztussal a páciens kultúrája a „partvonalról” ismét benyomul a medicina centrumába. De nem pusztán egy mechanikus pluszként, amely kiegészíti az orvoslás XX. századi, tudományos monológon alapuló kultúráját, hanem számos ponton módosítja is azt.

Egy szkizofréniában szenvedő páciens a *Schizophrenia Bulletin*-ben írást jelentetett meg a *Miért nem olyan elmebetegnek lenni, mint diabéteszesnek?*⁶ címmel.

Mi köze az elmebetegségnek a diabéteszhez? – kérdezhetné az olvasó. Egy, a pszichiátria körüli irodalomban rendszeresen felbukkanó metaforáról van szó, amelyet arra szoktak használni, hogy a téboly különböző megnyilvánulásainak valódi betegség mivoltát megkérdőjelezőkkel folytatott vitában érveljenek. Ez az ismétlődő argumentum úgy szól, hogy a szkizof-

⁵ Armstrong, D.: *A new history of identity. A sociology of medical knowledge*, New York, 2002, 70. o.

⁶ Anonymous: Why having a mental illness is not like having a diabetes, in: *Schizophrenia Bulletin* 4 (2007), 846–847. o.

rénia olyan, mint a cukorbetegség, valami hiányzik az „idegrendszerből”, amelyet pótolva ismét előállítható az egészséges elme. A gyógyszerek pedig az inzulin módjára normalizálják a beteg állapotát, de ismét csak az inzulinhoz hasonlóan, szedésük abbahagyása a beteg állapotának romlásával jár. A hivatkozott írás Anonymous szerzője nem ebbe a vitába száll be, nem azt firtatja, hogy a szkizofrénia diagnózisával leírt folyamat mennyire betegség, és hogy érintettjei – köztük ő maga is – mennyiben betegek vagy éppen szabadságharcosok...

Az ő írása nem a nozológiai kategória érvényességéről vagy különféle aspektusairól szól, hanem arról, hogy mennyire különböző módon kénytelen megélni betegségét egy diabéteszessel szemben egy olyan világban, amelyben látszólag az „egyik betegség éppen olyan, mint a másik” szemlélet érvényesül. Nem azt vitatja, hogy a szkizofrénia biológiai magyarázatai érvényesek-e vagy sem, azaz hasonlóan működik-e, mint a diabétesz, hanem keserű mondatokban azt fogalmazza meg, hogy „ég és föld” az egyik betegségben szenvedni, mint a másikban; a beteg szempontjából nincs közös nevező a kettő között.

Azzal érvel, hogy a szkizofréniában szenvedőt lepusztult kórházi osztály fogadja, tiszteletlenül bánnak vele, a családját lesújtja a betegség megjelenése, szégyent, dühöt, vádakat, önvádakat vált ki. A beteg környezetében elszigetelődik, stigmatizálódik. A médiában a diabétesz elfogulatlan értelmezést kap, a szkizofréniát ezzel szemben leegyszerűsítő, szenzációhajhász, veszélyt, erőszakot sugalló módon tárgyalják. „A diabétesz nem befolyásolja az emberek gondolkodásmódját arról, hogy kik ők, és hogyan működjenek társadalmilag, szakmailag és a családjukon belül. A szkizoaffektív zavar viszont igen.” Az olvasónak az a benyomása támad, hogy a szerző számára az önmagukban talán nem túl jelentős tényezők úgy adódnak össze, hogy a két betegség esetleg megférhet egymás mellett egy orvosi szakkönyv oldalain, de a páciens szempontjából nem lehet egy lapon említeni ezeket.

Végül így összegezz: „Ezért elutasítom az analógiát a szkizoaffektív zavar és a diabétesz között. Ha egy helyettesítő analógiát választhatnék, akkor azt mondanám, hogy a szkizoaffektív zavar olyan, mint az örvény...”

Nos, az örvény nem medikális kategória, a metafora nem illeszthető be a nozológiai rendszerbe. A példa jól szemlélteti a mai tendenciákat: Ano-

nymous nem a medikális kategória ellen, annak kiszorítására vezeti elő saját élményeit, és azokat „rendszerbe foglaló” örvény képét. A beteg nyelve nem az orvosé ellenében, annak érvénytelenítésére működik. *Inkább arra szólít fel, hogy a betegség lefolyásában épp annyira fontos megélésének mikéntje, mint az orvos alkalmazott szaktudása.* Míg a modern medicina hajnalán a szakmai törekvések a laikus szempont kiszorítására vezettek, addig a mai laikus betegnyelv döntően nem „visszavágni” akar, hanem a betegségnek olyan értelmezéséhez járul hozzá, amelyben a betegnek lenni nemcsak szomatikus folyamatokat, hanem egzisztenciális élményt is jelent.

Ha pedig a beteg személyisége előbújik a betegségkategóriák mögül, akkor az orvos személyiségének is ki kell ragyognia az adatok mögül – hogy ismét *viszonyba* kerüljenek egymással.

PLACEBOTANULSÁGOK

„Egy páciens, miután az ortopéd szakorvosnál nem talált enyhülést, végül egy kiropraktort keresett fel hátfájdalmai miatt. Három kezelés és egy tünetmentes hét után ellenőrzésre felkereste orvosát. A kiropraktor sikerét hallva az ortopéd orvos kijelentette: »Ez csak placebohatás.« A páciens erre így felelt: »Ha ilyen jól működik, akkor ön miért nem alkalmazza?«»

Robert Mooz

A manapság placebónak nevezett jelenség szemben állt – annak születése idején – a modern medicina alaptörekvéseivel. A premodern gyógyító praktikák a maguk minden betegségre jó (például érvágás, különös összetételű gyógyszerek) eszközeivel, ha sikeresek voltak, akkor ez jelentős részben a placebohatáson alapult. Az új medicina pedig éppen a specifikus hatássságot kereste, és a placeboiban megnyilvánuló, továbbélő tradíciót és a technikai értelemben vett „garantálatlanságot” akarta kiszűrni. Másodszor a tudományosság előtérbe kerülése újradefiniálta a praxisban megnyilvánuló értékrendet.

„A tudomány azon a hiten alapul, hogy ő maga és módszerei értékmentesek – bármi, ami a természetben történik sem nem jó, sem nem rossz, egyszerűen van. Másrésről, a medicina hagyományában az értékek hierarchiája – a páciens az első, az orvosnak mindenekelőtt nem szabad ártania, a páciens jóllétére kell törekedni – szilárdan megalapozott. Emellett az értékmentes, tudományos leírás nem tulajdonít minőségeket a dolgoknak; az olyan melléknevek, mint a meleg, magas, megdagadt vagy fájdalmas, csak személyek számára léteznek, de a tudomány ideálisan csak mérhető mennyiségekkel – hőmérséklet, függőleges dimenziók vagy átmérő – foglalkozik. Nyilvánvaló, hogy a medicina nem létezhet a minőségekre, és azok emberek számára való értelme (jelentése) nélkül. [...] A tudomány és a medicina kibogozhatatlanul összekötődnek, de azok a paradoxonok és feszültségek, ame-

lyeket a kettő azonosságába vetett hit hozott létre, vezettek az ideális orvos mint tudós felfogásához.”¹

Az objektivitás, a specificitás és a generalizálhatóság követelménye az orvos és a beteg személyével együtt háttérbe szorította a praxisnak azokat az összetevőit és jellegzetességeit, amelyek a placebojelenségben nyilvánulnak meg. Ettől kezdve, ha fel is bukkan a placebo a szakmai diskurzusokban, akkor rendszerint megkapja a „csak” „lekicsinylő képzőt”. Ami azt jelenti, hogy „Igen, igen, van ott valami, de minthogy nem szomatikus, és nem felel meg a tudományosság követelményeinek, ezért lényegtelen, nem fontos – csak lelki.”

A placebojelenség csak akkor bújik elő szakmai értelemben vett tetszhalott állapotából, amikor megfelelő kulturális klíma bontakozik ki a medicina körül ahhoz, hogy immár újra észrevehetővé váljon...

Egy háromfelvonásos dráma

„Minden egyes nap, amikor egy beteg, akinek kezelhető rákja van a Krebiozenre hagyatkozik, közelebb hozza őt a halálhoz”² – jelentette ki dr. James Goddar, az FDA igazgatója. Ez 1966-ban történt, és tárgya egy állítólagos rák elleni csodaszer. Az eredetileg *Actinomyces bovis*-szal beoltott lovak véréből előállított vegyületet, amelynek az FDA-nak beküldött mintájában már csak kreatin-monohidrátot találtak, több mint egy évtizedes vitákkal, veszekedésekkel, perekkel és nagy pénzügyi haszonnal tarkított története végén megfelelő hatóanyag hiányában hatástalannak ítélték a szert, és innen nézve az egyik legnagyobb és leglátványosabb kuru-zslásnak és szélhámosságnak tűnik fel a rákgyógyítás során felbukkant számos „csodaszer” eseteinek hosszú sorában.

De a botrányos szer karrierjének volt egy érdekes mellékszála is, amely a placebo dráma újra megjelenésének kulcstörténetévé vált. A háromfelvonásos dráma 1957-ben játszódott a kaliforniai egyetem onkológiáján.

¹ Cassell, E. J.: *Nature of suffering and the goals of medicine*, New York, 1991. 18. o.

² <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,842474-2,00.html> oldalon.

Egy Wright nevű beteget kezelnek lymphosarcomával, akinek a testén mandarin nagyságú daganatok vannak, katéterezik és oxigénsátor támogatja a légzését – haldoklik, s az orvosok szerint három napja van hátra. A beteg megtudja, hogy ebben a kórházban folynak kísérletek a nagy publicitást kapott Krebiozennel. Kérleli kezelőjét, Bruno Klopfert, hogy próbálkozzanak nála is a szerrel. Ő, látva a reménytelen helyzetet, enged a haldoklónak, és Krebiozen-injekciót ad be, majd hétvége közeledvén, hazamegy. Amikor a következő hét elején meglátja újra a betegét, nem hisz a szemének, mert a korábbi haldokló a folyósón sétál és betegtársaival diskurál. Tíz nap múlva gyógyultan, magánrepülőjével távozik a kórházból.

Mr. Wright két hónapig tünetmentes, majd a sajtóból értesül, hogy a szer hatástalan. Depressziós lesz, és a daganatok újra megjelennek. Klopfert ekkor úgy dönt, hogy kegyes csaláshoz folyamodik, és azt mondja a páciensnek, hogy a szer előző szállítmánya szennyezett volt, de most megérkezett egy új, kétszer hatékonyabb változat. Majd vízinjekció-kúrára fogja a beteget. A daganatok még gyorsabban tűnnek el, mint az előző kezelés során; és a „gyógyult” páciens ismét repülővel távozik.

Leállítják a Krebiozen-kutatást, mert nyilvánvalóvá vált, hogy a szer hatástalan. A sajtó pedig tele van a szerrel szóló végső negatív ítélettel. Mr. Wright néhány nap múlva visszakérül a kórházba, és két napra rá meghal.³

Ez a történet a placebo „feltámadásának” látványos példája. Mr. Wright – úgy tűnik fel – azért volt képes a betegséget visszaszorítani, mert hitt a „csodaszerben”.⁴ Nem a gyógyszer hatóanyaga (mert az nem létezett), hanem a gyógyítás és tágabb kultúrájának kontextusában foglalt jelentése váltotta ki a hatást; a kórházi környezet, a modern orvosi rituálásorozat és maga az orvos személye foglalja magában annak a tudásnak a reményét, hogy a gyógyszer okilag fog hatni. A placebohatásban tehát nem a szer tar-

³ A történetet kis eltérésekkel gyakran emlegetik az irodalomban vö. pl. Szendi, G.: *Depresszióipar*, Budapest, 2005, 55–56. o. és Evans, D.: *Placebo. Mind over matter in modern medicine*, New York, 2004, 17–20. o.

⁴ Az előbb hivatkozott Dylan Evans felveti, hogy „Az esetek nagy részében a tumorok minden kezelés nélkül is növekszenek és visszahúzódnak. Az a tény, hogy Mr. Wright lymphomában, és nem másfajta rákban szenvedett, azt jelenti, hogy lehetséges, ez a két

talma, hanem a kezelés *formája* váltja ki a hatást;⁵ a placebo nem természetes, anyagi okként, hanem a (konkrét, egyedi) beteg számára való *értelmével, jelentésével* hat.

Placeboambivalenciák

A placebo a hosszú „lappangó” időszak után ma inkább ambivalens reakciókat vált ki az orvosi szakma képviselőiből.⁶ Jól jelzik ezt az utóbbi időben végzett vizsgálatok.

Egy 2004-ben publikált izraeli felmérés készítői így foglalják össze eredményeiket: „Az orvosi irodalomban található általános elutasítás ellenére, a válaszolók 60%-a használja [a placebót]. [...] Azt is találtuk, hogy a legtöbb placebót használó szakember számos esetben meg van győződve a kezelés hatásosságáról.”⁷ Egy múlt évi internetalapú chicagói felmérés szerint a válaszolók 45%-a használ placebót, 96%-uk hisz a placebo terápiás hatásában, csak 12%-uk tiltaná kategorikusan a klinikai használatát.⁸

Két alapvető kérdés vetődik fel: Miért került ki a placebo a „karanténból”? És ugyanakkor mégis miért maradt „gyanús” szereplője az orvosi praxisnak?

Az első kérdésre nyilvánvalóan a kulturális folyamatok, ezeken belül az orvos-beteg viszony és a szubjektivitás szerepének megváltozása az alapvető válasz.

rövid idejű remisszió egyszerűen spontán fluktuáció volt, amelynek nincs köze a Krebiozenhez vagy a vízinjekciókhoz. Az a tény, hogy a javulás éppen a kezeléseket követően kezdett be, lehet véletlen egybeesés is.” Evans 2004, 20. o.

⁵ Vö. Moerman, D.: *Meaning, medicine and the „placebo effect”*, Cambridge, 2002, 66. o.

⁶ Vö. „A placebohatás egy népszerűtlen téma a medicinán belül...” Morris, D. B.: *Illness and culture in the postmodern age*, Los Angeles–London, 1998, 67. o.

⁷ Nitzan, U. és Lichtenberg, P.: Questionnaire survey on use of placebo, in: *British Medical Journal* 7472 (2004), 944–946. o.

⁸ Sherman, R. és Hicker, J.: Academic physician use placebo sin clinical practice and believe in the mind-body connection, in: *Journal of General Internal Medicine* 1 (2007), 7–10. o.

„A háború előtt a placebohatás észrevétlen volt: Hogyan lehetett volna azonosítani olyan páciensekben, akik passzív testekként funkcionáltak? A placebohatás elismerése jelezte azt a mozzanatot, amikor a szubjektív mentális folyamatok elkezdtek ellenőrzést szerezni a test felett. A páciens mind tudatos, mind tudattalan gondolatának és tettének hatása volt az egészségére. A medicina azért találta ki a placebohatást, hogy ezt az új páciensszerepet leírja; felfedezte az orvos-beteg viszonyt [...] a páciens identitása átalakult: a XIX. század passzív tárgyából, amely szigorúan anatómiai határok között létezett, biográfiai és társadalmi téren belüli cselekvő személlyé vált.”⁹

A második kérdésre pedig az egyik legfontosabb válaszlelem az, hogy a placebo kétséges helyzete egyik tünete a mai medicina legmélyebb ellentmondásának: „Az orvosi tekintet, figyelem és érintés általában a páciens beteg testére irányul és csak mellékesen a páciens szenvedésére.”¹⁰ Vagyis a páciens ugyan életre kelt évtizedekkel korábbi „tárgyi” státusából, de a technikaorientált medicinában még nem kapta meg (vissza) a betegség (vagy egészség) személyességét. A mai medicinában főként még mindig csak olyan kérdéseket lehet feltenni, amelyekre csak technikai válaszok lehetségesek.

„A technicista szellemű beteggyógyítás mindenfajta ellentmondást ki szeretne küszöbölni, s bár a gyógyítás nap mint nap megoldhatatlan problémák elé állítja az orvost és a beteget egyaránt, a szigorúan szomatikus orvostudomány ezt a fogalmi-technikai apparátusának elégtelenségével magyarázza, és nem veszi észre, hogy a gyakorlatban megoldhatatlan esetek mögött sokszor magának az emberi létezésnek a végső megoldhatatlansága rejlik.”¹¹

⁹ Armstrong, D.: *A new history of identity. A sociology of medical knowledge*, New York, 2002, 81–82. o.

¹⁰ Marcum, J. A.: *Humanizing modern medicine. An introductory philosophy of medicine*, 2008, 54. o.

¹¹ Földényi, L. F.: *Melankólia*, Budapest, 1992, 245. o.

A placebojelenség azzal, hogy a jelentés, az értelem és a megértés területén mozog, provokálja a még mindig uralkodó modellt, amolyan „kavics a cipőben” szerepét játssza, olyan helyzetben van, mint a sexualitás a viktoriánus korban, amiről mindenki tud, de jó társaságban nem beszédtéma. A modern medicina olyan hiányosságára utal, amely mára nyilvánvalóvá vált, de amelynek megszüntetése gigászi szemléleti, attitűdbeli változásokat igényelne nemcsak a szűkebben vett medicinában, hanem kultúránk egészséghez-betegséghez való viszonyában is.

A placebo szélesebb összefüggésekben

A placebo arra utal, hogy a medicina lehetőségei és kötelességei túlnőnek a biológikum (a test) technikai manipulálásán. Az orvos-beteg viszony emberi tartalmakban gazdag és személyes világ, és ezek a tényezők nem mellékes, hanem kulcsfontosságú elemei a hatásos gyógyító folyamatnak.

Nincs éles határ a pszichológiai és a biológiai tényezők között – a placebo nem „csak” pszichológiai jelenség. A placebo léte elismerésének, de egyben vágyott letagadásának kifejezése a már említett „az csak placebo” lekicsinylő értékelés. Ez arra utal, hogy a placebohatás biomedikális szempontból alacsonyabb létszférához, a lelkihez tartozó jelenség, afféle komolytalan, „szoft” valóságem. Azzal azonban, hogy a placebo teljes gyógyszerhatást fejt ki (szomatikus, mérhető változásokat vált ki), értelmét veszti a testinek és a lelkinak a gyógyítás szempontjából vett éles elválasztása, különösen hierarchiába állítása a testi fölényével.

Az orvos-beteg viszony minősége nem a „hab a tortán” szerepét tölti be, hanem alapvetően meghatározza a gyógyítás minőségét. Minthogy a placebohatást az orvos-beteg viszony különféle nyílt és rejtett összetevői váltják ki, így végső soron az orvos-beteg kapcsolat minősége nem pusztán kiegészítője a gyógyszer és a műtét technikai-tudományos aspektusainak, hanem a viszony éppen fordított, a technikai tényezők egyik, noha fontos összetevőjét képezik az orvos-beteg viszony sokszínűségének.¹² Valójában

¹² Ezen a ponton kihagyhatatlan a magyar Bálint Mihály munkássága az orvos személyisége jelentőségének hangsúlyozásában.

– ha már ezt a hasonlatot használjuk – a „torta” az orvos és beteg személyiségéből és az általuk értelemmel telített szituációból van sütvé, és a gyógyszer a „hab” a tetején.

A tudományos-technikai tudás azonos szintje önmagában nem teszi az egyik orvost a másikkal ekvivalenssé. Az a nyilvánvaló és ma már elismert tény, hogy az orvos személyisége legalább olyan döntő tényezője gyógyító-képességének, mint technikai-tudományos tudása, arra utal, hogy a diplomával és különféle más bizonyítványokkal elismert tudásbeli ekvivalencia a praxisban nem jelent valóságos egyenértékűséget, mert a különböző személyiségbeli, attitűdbeli különbségek döntően más-más orvos-beteg viszonyt, és ennek következtében más-más gyógyító folyamatot indukálnak. Ennek a szempontnak a zárójelbe tétele az egyik döntő összetevője a nyugati medicina mai „*quality of care*” válságának. És valószínűleg alapvetően járul hozzá a komplementer és alternatív medicinák „szárnyaló” népszerűségéhez.

A biomechanikus megközelítés nemcsak a pácienset tárgyiasította el, hanem az orvost is. Abban a felfogásban egy előre programozott (technikai ismeretekkel felszerelt) „robot” javított egy elromlott (megbetegedett) szerkezetet. Az orvos ebben az összefüggésben – minden látszat ellenére – alapvetően nem a rendelkezésére álló technika felhasználója, hanem a technika alkalmazza őt, a saját logikájának alávetve az orvos szerepét. Így – látszólag – minden orvos helyettesíthető és felcserélhető egymással. A placebojelenség szituáltságával, az egyszeri orvos-beteg viszonyhoz kötöttségével, a kulturális jelentések sajátosan egyedi alkalmazásával arra utal, hogy a mechanikus attitűd nyomása ellenére mégsem „olyan az egyik orvos, mint a másik”, és noha ez technikai szempontból kiküszöbölendő hibának látszik, amelyet protokollokkal és más előírásokkal kellene kordában tartani, valójában inkább a medicina nagy lehetősége. Az orvos saját hivatásszemélyiségének kultiválásával kikerülhet az „akármelyik orvos” elidegenítő helyzetéből és a szakma gyakorlása közben kinyilváníthatja egyszeri valóját.

Úgy is fogalmazhatunk, hogy azzal, hogy a placebojelenségben a beteg személyisége és kultúrája megkerülhetetlenül nyilvánul meg, arra kényszeríti az orvost, hogy ő is szembesüljön személyisége jelentőségével a gyógyító folyamatban.

A placebónak ez az orvosi világokat megosztó jellege természetesen tükröződik a szakirodalomban is, hiszen a különféle kutatások hol méltatják jelentőségét, hol pedig mellékesnek találják a szerepét. A kérdés az, hogy hisz-e az orvos abban, hogy személyisége, kultúrája (kulturálatlansága) szakmai szempontból is fontos, vagy inkább abban talál biztonságot, ha technikai képességei mögé rejti személyiségét.

De a placebohatás elől így sem, úgy sem menekülhet...

A SEMMIVALLÁS EMBERÁLDOZATAI

Az alkoholizmusnak nevezett jelenség többeregetű lehet. Egyáltalán nem biztos, hogy a fenomenológiailag homogénnek látszó jelenség – X. Y. az alkohol rabjává vált – csak egyfajta magból fejlődik ki. Most az *egyik* interpretációs lehetőségre szeretném felhívni a figyelmet. A tudomány, amikor felteszi a kérdést – Mi az alkoholizmus? –, akkor valójában ezt akarja tudni: miként mutatkozik meg számunkra az iszákos ember úgy, hogy e nemkívánatos vonását orvosi-technikai módszerekkel fel lehessen számolni? Ezért például megalkotja az „izmust”, amely a különböző iszákosokat általános vonásokkal bírónak tételezi, amelyek alapján módszerekkel, univerzális eljárásokkal lehet azokat felügyelni. A következő megközelítés ehhez képest félúton lesz. Bizonyos iszákosok között vél közös vonásokat, de olyan megértést ajánl, amelyből nem következik semmilyen módszer.

Ezerint az alkoholista azért töltekezik az alkohollal, mert „önfeledt” szeretne lenni. Ez az önfeledtség azonban nem azonos azzal, amelyet úgy szoktunk megfogalmazni, hogy „önfeledten szórakozik”. Ebben az esetben az élet rutinjából való rövid idejű kilépésről van szó, amelyből az „önfeledt” vissza is akar lépni a „normális kerékvágásba”. Az alkoholista esetében az „önfeledtség” tartós megoldásként látszik megjelenni; nem időlegesnek szánja, és nem célja a visszalépés a „normális életbe”. Ugyanis vagy nem találja élete értelmét, vagy – ami végül is ugyanazt jelenti – szorong. A szorongás – ahogy Heidegger mondja – „megnyilvánítja a Semmit”. „Nincs többé támaszunk.” A „szorongás otthontalansága” és az „üres csend” jellemzi ezt a konstellációt.

Önmagában ez a leírás meglehetősen általánosan jellemzi a modern nyugati civilizációt, amelyre különböző elviselési módokat, olykor patológiásnak nevezett magatartásokat működtetnek az emberek. Ennek az alkoholistának a specifikussága tehát nem a „Semmi” számára való jelenlétében van, hanem abban, ahogy „berendezkedik” ebben a világban. Minde-

nekelőtt abban, hogy az alkohol a „Semmiben” való tartózkodás önmaga előli elfelejtését célozza. Minthogy azonban nem tud kilépni a semmiből, ezért a jeges, rideg és értelem nélküli úrból, a teljes otthontalanság állapotából csak az Én (Szelf) felszámolásával lehet időlegesen kiszállni. Ha nincs Én, akkor nincs a Semmi sem. Olyan, mint a traumát éppen elszennvedő: megkísérli a „nem ér a nevem” játék egy fajtáját játszani. A „Semmi” számomra jelenik meg, ha magamat eltüntetem, akkor megszűnik az egzisztenciális szorongás is. A Semmi az alkohol révén (bio)kémiailag szublimálódik, elillan, az iszákos egy másik világba helyezi immár más magát. De a mámor elmúltával még fokozottabban szorongatja egzisztenciális impotenciája a szerencsétlent. A morális csapda *A kis herceg*ben így jelenik meg:

„[A kis herceg] ott találta az iszákost egy sor üres meg egy sor teli palack előtt.

– Hát te mit csinálsz itt? – kérdezte tőle.

– Iszom – felelte gyászos képpel az iszákos.

– Miért iszol? – kérdezte a kis herceg.

– Hogy felejtsek – felelte az iszákos.

– Mit? – tudakolta a kis herceg, mert máris megsajnálta.

– Azt, hogy szégyellem magam – felelte az iszákos és lehajtotta a fejét. A kis herceg szeretett volna segíteni rajta.

– Miért szégyelled magad? – kérdezte.

– Mert iszom – vágta el a további beszélgetést az iszákos, és mélységes hallgatásba süllyedt.”

A „szégyellés”, a szégyenben tartózkodás mint az éppen józan iszákos alaphangoltsága azt jelenti, hogy semmi értelme az életemnek vagy a Semmi az értelme az életemnek. A „nem tudom, miért vagyok” a legfőbb egzisztenciális követelménynek való meg nem felelés miatti „elsüllyedést” jelenti. Ez a szégyen megaláz: ha Semmiben vagyok, akkor magam is majdnem semmi lettem. Minden más szégyen valamilyen konkrét „tartalmas” morális parancsnak való meg nem felelés miatt tör az emberre. Arra kényszeríti, hogy lesüsse a szemét, lehajtsa a fejét. „Nem sülsz ki a szemed?!” – szokták ilyenkor a bűnöstől kérdezni. A szem kisülése a világ elvesztése („el-

veszti szeme világát”). A szégyenben lévő a morális rend ellen vétett. Ezért ez a világ kitaszítja – még ha csak jelképesen vagy időlegesen is. Az ember legszívesebben elbujdosna szégyenében – szoktuk mondani. Elhagyná a saját világát, de ebben az esetben van honnan és van ki elől elbújni, és persze oda visszatérni. Ezért ez a „valami” miatti szégyen egyben igazolja is a morálisan tartalmas világot és életet, és megteremti a lehetőségét annak, hogy a szégyent elszenvedő hazataláljon.

Az iszákos azért szégyelli magát, mert felejteni akar, a „normális” szégyenkező pedig vissza akar találni. De mit akar felejteni az alkoholista? Azt, hogy nincs mire „emlékeznie”; a Semmit akarja felejteni – a talajtalanságot, az otthontalanságot, az egzisztenciális kétségbeesést.

Az alkoholista szenvedélyének erejét a Semmiben tartózkodás szenvedése adja. *Csak ott terem szenvedély, ahol szenvedést ültettek el.* A szenvedélyes szeretet például mindig a szeretethiány szenvedéséből nő ki; az igazi szeretet nyugodt, nem gyúri le alanyát.

Az ilyen eredetű alkoholizmus receptje nem írható fel, mert valahogy így hangzana: „Találd meg életed értelmét, láss értelmet a világban, szeresd embertársaidat, és ebből következően tenmagadat!”

De nyilvánvaló, hogy egy ilyen állapot akaratilag nem állítható elő, nincs módszer, amelyet követve el lehetne ide érkezni. Hanem adódik... vagy „kapódik”, lehet rá törekedni, de nem lehet okozni, nem lehet előállítani.

Ez a folyamat így nagyban hasonló a vallásos hithez való eljutáshoz. Emlékszünk, Szent Ágoston hiába törekedett hosszú időn keresztül arra, hogy a vágyott keresztény hithez eljusson. Ezt pusztán ésszerű törekvésekkel, elmélkedésekkel, tanulással nem tudta elérni – legfeljebb előkészíteni. Az *unio mistiqua* váratlanul következett be. Nem ő tudott elmenni a hitért (inkább csak elébe ment, kinyílt iránta), hanem a hit jött el érte.

A vallás alkoholizmus elleni használata, a vallás mint gyógyszer az előbbiekből következően kézenfekvőnek látszik, és számos példa van arra, hogy működik is. Mégis az alkoholizmusból, annak tagadásaként elnyert hit könnyen *szenvedélyes* hit lehet, amelyben továbbra is a szenvedély a hangsúlyos, így viszonylag könnyen más szenvedélyekre cserélhető fel (vissza).

Első megközelítésben a vallás a terápiás eszköztárban nagyjából azon az alapon működhet, ahogy annak idején Marx azt a nép ópiumának nevezte. Mert az ópiumot az ő korában elsősorban nem kábítószernek, hanem fájdalomcsillapítónak használták. A vallás tehát mint az élet fájdalomának legjobb, legemberibb csillapítója jelenik meg. (Talán mondani sem kell, hogy Marx számára csak történelmileg ideiglenes eszközként.)

Mármost az alkoholista „fájdalma” az, hogy az élete egy tátongó lyuk. Ezért a vallás instrumentális használata, amely révén az egyik szenvedélyt egy másik helyettesíti – az üresség feltöltése – kockázatos vállalkozás. Ugyanis, ha Isten a terápia eszközeként működik (egy eszközként a sok közül) – hiszen itt az egyik szenvedély egy másikkal (jobbal, kevésbé egészségtelennel) való ellensúlyozása, kiváltása a cél –, akkor ez szenvedélyes vallásosság lesz, amely nem a szabad egyén Istennel való viszonyán alapszik.

Nem vonom kétségbe, hogy isteni alávetettségben élni messze jobb konstelláció, mint az alkohol rabjának lenni. De a szenvedélyes vallásosságban még mindig ott van a szenvedés, amely könnyen egyenértékűvé változtatja az ezt kompenzálандó szenvedélyeket. Így mindig könnyen lehet ezeket váltogatni – ha a cél az „önfeledtség”. Amíg a szenvedélyesség fennáll, addig a személy nem kontrollálja az életét, hanem a szenvedély (vö. szenvedés) uralja őt. Ha tehát a vallásosság csak szenvedélyellensúlyként működik, akkor az alkohol módjára leigazza az alanyt, és mindig lehetséges egy másik szenvedélyre való átváltása. A szenvedély ereje egyben azonban jó mérőeszköze a Semmi jelenlétének, a mély otthontalanságnak. A vallásosság bizonyára képes nem szenvedélyesen otthonosabbá, élhetőbbé tenni a Semmivel sújtott életet. Kétségeim vannak azonban az iránt, hogy terápiás eszközökkel elő lehet-e állítani a világ értelmességébe és a saját élet értelmébe vetett „nem szenvedélyes” hitet. Amíg ez nem sikerül, addig a hit csak alkoholpótlék – még akkor is, ha konszolidáltabbá teszi a szenvedő életét.

Továbbá fontosnak tartom megjegyezni, hogy más kultúrákban – igazi kultúrákban, ahol a világ értelmesként adódik, és az életnek van célja – az alkoholhoz hasonló „kábítószerek” használata nem a vallással szembeni alternatíva, hanem jól szabályozott módon eszközt jelent a transzcendenciaival való kapcsolattartásra. Így természetesen a vallás sem alternatívája

e szerek használatának. Nem egymás helyett vannak, hanem – némi leegyszerűsítéssel szólva – egymást erősítik. Hiszen a megváltozott tudatállapotot előállító szerek nem a Semmi előli menekülést szolgálják, mert a Semmi tartós megjelenése kulturálisan ki van védve.

Azt kell tehát mondanom, hogy sajnos az alkoholizmus az egyik „adekvát” reakció egy olyan világállapotra, amelyből éppen az az értelem hiányzik, amelyet korábban a vallásos világkép állított elő és szolgált.

Az alkoholisták sajátos emberáldozatok, egy olyan „vallás” rituális emberáldozatai, amelynek legfőbb tartalma a Semmi.

Az alkoholista az alkohol révén akar menekülni az elől a „Semmi” elől, amely éppen e menekülés révén nyeli el. Azt szokták mondani, hogy az alkoholizmus látens vagy elnyújtott öngyilkosság. Az öngyilkossal szemben azonban az alkoholista nem hoz döntést élete felszámolásáról, hanem éppen ellenkezőleg, úgy rohan a szakadékba, hogy menekülés közben rettentetel tekintget állandóan hátra üldözőjére, a Semmire, nem véve észre, hogy előtte ott a szakadék, amely ugyanarra a világra „nyílik”, amely elől az alkohol révén keres menedéket.

Az alkoholista csak az *egészség* érzetét akarja előállítani azzal, hogy odaadja magát a szesznek. És éppen ez az egzisztenciális feloldódás, oldottság mossa el mindannak a határait, amelyben az egészségesség, egy otthonos világhoz kötődés megélhető lehetne.

Spiritusz és spiritualitás – oldás és kötés.

VAKCINAMIZÉRIA: BETEGSÉG- VAGY EGÉSZSÉGTÜNET?

Valami mélységes bizonytalanság hatja át a H1N1 elleni védekezés légkörét. Mintha a H1N1 nemcsak biológiailag támadná meg a halandó szervezetét, hanem valamiképpen szétzilálná azokat a kulturális-társadalmi-pszichés mechanizmusokat is, amelyek a védelmi rendszer kevésbé látványos, de annál fontosabb vonalait alkotják. Úgy tűnik, mintha a vakcináció jótékony hatásosságát illető *szkepszis* és *bizalmatlanság* a fenyegető járvány része lenne. Mintha a közelgő járvány okozta halálszorongás nem lenne elég ahhoz, hogy a „tettleges” védelmi mechanizmusok a lelkekben beinduljanak. Vagy mintha az emberek már olyan szerencsétlennek éreznék magukat, hogy nem vágnak bele ebbe a küzdelembe, mert oly jelentéktelennek érzik a problémát egyéb bajaikhoz képest. Esetleg, mintha már nem bírnának el egy újabb életproblémát, amellyel foglalkozniuk kellene. (Annál valószínűbb a pánik kitörése akkor, amikor a járvány már tényleg itt lesz a kapuk előtt és bedörömböl.)

Az egyik ismerősöm azt tapasztalta, hogy amikor az orvos beadni készült neki a vakcinát, akkor olyan hangsúllyal kérdezte meg, hogy tényleg ezt akarja-e, mintha fel nem vállaltan azt sugallná: „Én az ön helyében meggondolnám, hogy szükségem van-e erre. Hát, maga tudja...” Egy másik orvos, amikor „járványügyis” kollégájától tanácsot kért, akkor azt a választ kapta a bennfentestől, hogy már csak azért is meggondolandó az oltás, mert háromféle antibiotikum is van az injekcióban. Persze, az antibiotikum hallatán egy mai orvos – érthető módon – azonnal „paranoid” lesz. Miért is kell antibiotikum egy influenza elleni vakcinába?! És mint-hogy nincs világos szakmai válasz, csak a gyanúra hajlamosító információ, ezért ez az orvos elállt (noha csak időlegesen) az „önvakcinációtól”.

Az interneten minden nap találunk egy-egy történetet a ritka, ám szörnyű mellékhatásokról. És minthogy a *történetek maguk* egyáltalán nem ritkák, ezért elrettentő vagy legalább elbizonytalanító hatásuk nyilvánvaló.

A szakmai jellegű vagy azokra hivatkozó publikációk pedig hemzsegek a kétségektől. A következő példa jól jelzi a kétely mélységét. Fontos a vakcina? – kérdezi egy összefoglalónak szánt írás címe, amely mindjárt az általában vett influenza elleni vakcináció hatásosságát veszi górcső alá. Arra a következtetésre jut, hogy „...két lehetőségünk maradt. Az egyik az, hogy az influenzavakcina igen jótékony hatású vagy legalábbis hasznos. A szilárd bizonyíték több polgárt – és különösen több egészségügyi szakembert – bátorítana arra, hogy megkapják az oltásukat és megakadályozzák az influenza terjedését. Most az a helyzet, hogy az egészségügyi dolgozók több mint 50%-a [amerikai adat! – B. A.] nem akarja beoltatni magát a sertésinfluenza ellen, és nem kapják meg a szokásos oltásukat a szezonális influenza ellen sem, részben azért, mert sokan kétlik a vakcinák hatásosságát. A másik lehetőség természetesen az, hogy erősen bízunk olyan vakcinákban és antivirális szerekben, amelyek egyszerűen nem működnek, vagy nem működnek úgy, ahogy hisszük. [...] Jobb bizonyíték hiányában a vakcinákat és antivirális szereket csak részleges és bizonytalan védekezési eljárásoknak kell tekinteni az influenzával szemben. És az is lehet, hogy csupán talizmánok.”¹

Az előbbi sorok szerzői, miután több szakemberrel beszéltek, végül tágabb kontextusba helyezik a problémát és arra a következtetésre jutnak, hogy „néhány influenzaszpecialista kihívást intéz az orvosi ortodoxia ellen, és azt állítják, hogy azok számára, akiknek igazán szüksége van a védelemre, az influenzaoltások és antivirális szerek keveset vagy semmit sem jelentenek.”

El tudtuk volna még csak képzelni is két-három évtizeddel korábban ezt a bizonytalanságot és bizalmatlanságot?! Lehetséges lett volna korábban ennyi kételkedő orvos és persze ennyi bizonytalan páciens? Milyen lehetetlen helyzet lett volna az, ha az esetleg „ház körüli pletykák” miatt kételkedő páciens bizonyosságért orvosához fordul, ahol aztán vakcina helyett egy nagy adag *nocebo* hatást kap, sőt, még ostobának is nézik, hogy az orvostudomány és -technológia egyik újabb eredményét akarja használni.

¹ Brownlee, S. és Lenzer, J.: Does the vaccine matter?, in: *The Atlantic*, November 2009., www.theatlantic.com/doc/print/200911/brownlee-h1n1.

Mármost, ha elvonatkoztatunk a konkrét helyzet megannyi partikuláris összetevőjétől – amit persze nem tehetnénk –, akkor az egyik legfeltűnőbb sajátossága ennek a „földindulásnak” az, hogy a modern medicina sikerességének egyik legfontosabb szimbóluma esik a kétely áldozatául. A vakcináció mindig is úgy élt a köztudatban, mint a modern egészségügyi rendszer igazi nagy sikertörténete, amelyben a biomedikális ideológia redukcionista módszere igazolta helyességét. Súlyos – gyakran halálos – fertőző betegségek megrendítő ütést kaptak az orvostudománytól. Az első narcisztikus sérülést akkor szenvedte ez az öntudat, amikor a hetvenes években Thomas McKeown statisztikai módszerekkel igazolta, hogy az Amerikai Egyesült Államokban már a vakcináció népességszintű bevezetése előtt a fertőző betegségek halálozási rátája elkezdett jelentősen csökkenni.² És noha a kutató módszereit és eredményeit később komoly kritika kísérte, az a következtetése, hogy a „gyógyító orvosi eszközök kis szerepet játszottak a mortalitás csökkenésében a XX. század közepe előtt” ma is tarthatónak látszik.³

Most pedig olyan, mintha már egy újabb narcisztikus sérülés időszakában lennénk. A medicina identitásában döntő szerepet játszó tudományosság önmaga sem képes már egyértelmű értelmezéseket adni. Milyen hihetetlen skandalum az, hogy a modern medicina egyik szimbólumát, a vakcinációt minősíthetik „talizmánnak”! Hiszen az orvosi szakma öntudatának egyik döntő összetevője az, hogy az általa alkalmazott technikák nem „talizmánokként” működnek. Szemben más „egzotikus” medikális rendszerekkel, ahol tudományosan nem bizonyított „talizmánokat” használnak.

De talán már nem is a tudományos eredmények egyértelműségének, egyigazságúságának a hiánya a probléma, hanem az, hogy ez nem marad meg a tudományos körökben, hanem behatol az eredmények felhasználói (az orvosok) körébe. Sőt, ami még ennél is rosszabb, a laikus közvéleményt is frusztrálja a bizonyosság iránti vágy sürgető ereje és hiánya közötti megélt szakadék. Ez arra *kényszeríti* a „fogyasztót”, hogy olyan döntést hozzon

² Vö. McKeown, T.: *The role of medicine*, Oxford, 1989.

³ Colgrove, J.: The McKeown thesis. A historical controversy and its enduring influence, in: *American Journal of Public Health* 5 (2002), 725–729. o. A vakcináció mindig is úgy élt a köztudatban, mint a modern egészségügyi rendszer igazi nagy sikertörténete.

önmagáról, amely tudományosan aluldeterminálnak látszik. Pedig sokak számára a tudomány az az intézmény, amely „megmondja a tutit”, most pedig kétértelmű üzenetek hagyják el „papjainak” köreit.

De még az is lehet, hogy ha a mondandó többé-kevésbé egyértelmű is lenne, akkor sem lehetne ebben a kulturális légkörben annak érezni. A befogadó még a szilárdnak szánt üzeneteket is cseppfolyósítja, mert az általános bizalmatlansága transzformálja azokat.

Miért is különbözne a medicina és tudománya kultúrájának dekadens tendenciáitól, kétségeitől, bizonytalanságaitól?

Mindazonáltal e jelenség megítélése sem lehet mentes az alternatíváktól. Mondhatjuk, hogy a H1N1 csak kihozott egy még nála is súlyosabb, mélyrehatóbb kulturális kórképet. És most azon kell dolgoznunk, hogy a régi egyértelműnek tűnő viszonyok az orvosok és páciensek között „meggyógyuljanak”. A járvány pedig majd magától értetődővé teszi, hogy ki nek volt igaza...

De az is lehet, hogy a járvány csak újabb interpretációk előtt nyitja meg az utat, még akkor is, ha a vitatkozó felek a maguk igazolását találják majd meg benne. Esetleg a mai szorongással teli kétségeinket nem a betegség, hanem az egészség tünetének fogjuk majd fel – egy kezdődő egészségé, amely éppen a sokszempontúságban, sokértelműségben találja meg identitását. Addig pedig kapaszkodjunk kölcsönösen egymás szorongásaiba, színezzük ki a híreket és információkat, fokozzuk kétségeinket, riogassuk egymást – ebbe úgy belefeledkezhetünk, hogy a járvány átvonulása a szorongások tengerében talán fel sem fog tűnni, múltó kellemetlenség lesz csupán.

És mondogathatjuk majd egymásnak:

- Hallottad, hogy a szomszéd belehalt az influenzába?
- Az semmi, de az egyik ismerősöm beadatta a vakcinát, és azt olvasta az interneten, hogy ennek következtében elkárhozik a lelke.

Kell ez az izgalom, vágyunk rá, a thriller lételemünkké vált, hiszen a Pokol sokkal izgalmasabb, mint a Mennyország...

A FERENCZI-KULTUSZ, A TERÁPIÁS TECHNIKA ÉS A „DODÓHIPOTÉZIS”

A „nagy gondolkodó” sajátja, hogy gondolatait kimeríthetetlenül újra és újra lehet interpretálni, hogy nem ragad bele kora bornírt kérdésfeltevésibe és tematikájába. Mindig aktuális – mindig felkínálja magát arra, hogy kiolvassák belőle és beleolvassák az éppen aktuális kérdéseket, és persze a válaszokat is. „Tehetséges volt, de ma már senkit sem érdekel. Elfelejtették. – Teljes joggal: nem tett meg minden óvintézkedést annak érdekében, hogy *félreértsek*”¹ – találja fején a szöveget írásában Cioran. A félreérthetőség korokon átnyúló örök dinamikát ad a mű befogadásának.

Ugyanakkor a „nagy gondolkodó” mindig kellően provokatív is ahhoz, hogy ne „nyugtassa meg” teljesen az utódokat; hogy miközben a mindenkori olvasó rátalál benne a saját problémáira és az éppen csak formálódó, még inkább csak amorf válaszait világosan, *kimondottan* felfedezni véli benne, aközben a nagyság egyik jeleként mindig maradnak munkásságának olyan aspektusai, amelyek túl távoliak vagy túlságosan deviánsak a kortársak számára még ahhoz is, hogy egyáltalán észrevegyék azokat. Állítólag az indiánok nem vették észre Kolumbusz hajóit, mert kultúrájukba nem fért bele a látványuk. Akár igaz ez, akár nem, a példázat kiváló metaforájaként szolgál az olyan gondolatok sorsának, amelyek nagyon távol esnek az uralkodó világmérettől. Ezek később a „nagy gondolkodó” éppen aktuális „munkásságának” részeivé válhatnak.

A „nagy gondolkodó” kultusza létrejöttében jelentős szerepet játszik az, hogy a kortársak saját igazolásuként olyan képet alkotnak róla, amelyet azután úgy imádkozhatnak, mint saját attitűdjeik, gondolataik megelölözéseit. A „már akkor tudta”, „korát megelőzve látta” kezdetű méltatások arra alkalmasak, hogy distanciát lehessen teremteni általuk a fejlődés nevében a meghaladott múlt és a jelen nagyszerűsége között, ahol a „nagy

¹ Cioran, E.: *A bomlás kézikönyve*, Budapest, 1990, 18. o.

gondolkodó” a múltban felbukkant jövő. Azaz kapocs a múlt és a jelen között, amennyiben érdeme abban áll, hogy már akkor tudta azt, amit mi magától értehetőnek tekintünk; tiszteljük, mert a *mi* előzményünk. Mi pedig osztozunk tudásában, ezzel felnőttünk hozzá, ő pedig „közöttünk” van; igazolva látjuk általa, hogy helyesen tudjuk, amit tudni lehet; „jó úton járunk”, hiszen ő „fogja a kezünk”. Egyben a kultusza közösséget is teremt, hiszen ez az „osztozás a gondolataiban” láthatatlan kapcsolatot teremt az utódok között.

Ami a Ferenczi-kultusból kimaradt

Ferenczi Sándor a mai pszichoanalízisben, a pszichoterápiában, de talán az egész medicinában is ilyen kultikus figura. Korát meghaladó munkásságának – a meghaladás mértékét jelzi, hogy a kor- és szaktársai jelentős része egy ideig még az emlékéit is kiutálta a pszichoanalízisből – két döntő aspektusa az apafigurával, Freuddal való, végül halálos betegségbe vezető vitába vitte. Az egyik a lelki trauma kóroktani jelentőségének hangsúlyozása – szemben a freudi inkább fantáziaműködésbe helyezettel – elvezet a XX. század végének jelentős traumanarratíváihoz.

A másik döntő aspektus pedig a freudi pszichoterápia alapattitűdjének és technikájának kritikájába torkollott. A Freud által képviselt pszichoterápia döntően az elfogulatlan, semleges, a beteget kívülről szemlélő objektivista attitűdöt működteti; a tudósét, aki egy „szakadék” másik oldaláról, egy másik világból átnézve tanulmányozza páciensét, vagy inkább kutatásának *tárgyát*. Ferenczi arra jött rá, hogy a terapeuta személye, ha úgy tesz, szubjektivitása megkerülhetetlen, leküzdhetetlen aspektusa a terápiának. A pszichoterápia – és minden orvos-beteg viszony – a két személy alkotta egységes térben zajlik, amelyben a terapeuta „kívülállósága” lehetetlen, sőt, egyenesen káros, a helyzet alapvonásainak félreértéséből származó meghaladandó attitűdöt jelent. Az objektív tudósi hozzáállás tarthatatlan, mert helytelenül ragadja meg a történéseket, és orvosi szempontból pedig káros, mert a helyzet alapvetően helytelen leírása rossz terápiás praxishoz vezet.

Ferenczi egy „levelében” Niels Bohr egy előadására hivatkozással kezdve így összegzi álláspontját:

„...valójában a mérőeszköz és a kutatás tárgya közötti interakciónak az atommechanikában szükséges figyelembevétele közeli analógiát mutat azokkal a különös nehézségekkel, amelyek a pszichológiai analízisben abból a tényből fakadnak, hogy a mentális tartalom mindig megváltozik, amikor a figyelem valamilyen sajátos vonására összpontosul.« A mikrofizikában a megfigyelő része a rendszernek és sohasem lehet tanulmányának tárgyától izoláltan szemlélni. Az analízisben a páciens és a hivatásos analitikus szintén ugyanannak a rendszernek a részei – az egyikük hatása a másikra éppen olyan fontos, mint fordítva. A gyógyító folyamatban nincs önálló szubjektum, nincs önálló tárgy és nincs határvonal kettőjük között. A szubjektum és az objektum összeolvadását az önmegfigyelés esetében kollégáim magától értetődőként fogadják el, mégis késhegyig menő harcot vívnak, amikor a kétjátékos helyzetre alkalmazom. Világos számomra, hogy miért kell ennek így lennie. Freud megszállottságából fakad, hogy a pszichoanalízist [természet]tudományként fogadják el. Ironikus, hogy az, amit ő tudományosnak tekint – a független megfigyelő objektív szerepe – többé nem érvényes a fizikában. Egy illúziót kerget – több szempontból.”²

Ferenczi azért mozdult el a freudi tudósi állásponttól, mert terápiás eredménytelenségét (részbeni eredményességét) páciensei (és saját kreativitása) hatására képtelen volt „tárgyára” hárítani. Ezért – ahogy az ilyen esetben szokásos – új módszereket keresett. Először az úgynevezett aktív technikájával „túlpörgette” mestere módszerét azzal a feltevéssel, hogy ha minden örömet letilt a páciense számára a két analitikus ülés közötti intervallumban, akkor a neurotikus feszültség annyira fokozódik, hogy az elakadt terápiát eredményesen lehet folytatni azzal, hogy a páciens újabb „anya-

² Keve, T.: *Triad: the physicists, the analysts, the kabbalists*, London, 2000, 292–293. o. Azért tettem a levél szót idézőjelbe, mert a szerző egy fiktív levelet alkotott Ferenczi jól dokumentálható nézeteiből.

gokat” hoz a következő ülésre. Azonban rájött, hogy így csak azt a rideg, traumaprovokáló helyzetet állítja újra elő, amely betegei szenvedéseinek forrása. Ezután elindult az ellenkező irányba: a betegnek mindent szabad, a kívánságait teljesíteni kell, azaz fel kell oldani a freudi „merev szabályokat”; szemben a korábbi orvosi fölényvel, most a beteg ül a trónon.

Szakmai fejlődését így foglalja össze: „Az én »aktív terápiám« volt az első, tudattalan támadás ez ellen a helyzet ellen [tudniillik az orvosi fölényen alapuló – *a szerző*]. A szadisztikus-nevelői módszer eltűzésével és nyílt leleplezésével vált előttem világossá ennek a helyzetnek a tarthatatlansága. Új elméletként (új tévelyként) jött a relaxáció elmélete: mindent ráhagyni a betegre, és erőszakosan elnyomni az ember természetes érzelmi reakcióit. A betegek azonban éppúgy elutasítják a titokban bosszús tanító hamis mézesmázosságát, mint korábban az »aktív« analitikus erőszakosságát, aki pokoli kínokat szenvedtet el betegeivel, és ezért még köszönetet is vár.”³

Új elmélete elvontnak látszó alaptézisét egy mindennapos jelenettel szemlélteti:

„Betegeink elfojtott kritikájának nagy része arra vonatkozik, amit a hivatással járó képmutatásnak nevezhetnénk. Ha a beteg belép a szobánkba, udvariasan köszöntjük, felkérjük, hogy kezdjen el asszociálni, és ezzel együtt megígérjük neki, hogy figyelmesen meghallgatjuk, teljes érdeklődésünket javára és felvilágosításának munkájára fordítjuk. Valójában azonban előfordulhat, hogy a beteg bizonyos külső vagy belső vonásait nehezen viseljük el. Vagy talán úgy érezzük, hogy a munkaóra kényelmetlenül megzavar bennünket valami számunkra fontosabb hivatásbeli vagy személyes belső ügyünkben.”⁴

³ Ferenczi, S.: *Klinikai napló. 1932*, Budapest, 1996, 112. o.

⁴ Ferenczi, S.: *Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve*, in: *Technikai írások*, Budapest, 1997, 104. o.

Egy másik helyen az orvos hipokrizisét így írja le:

„Kegyetlen játék a betegekkel. A pszichoanalízis abban a minőségben, amilyenek az orvos és a beteg közötti kapcsolatban mutatkozik, a betegre olyan benyomást tesz, mint valami különlegesen kegyetlen dolog. Az ember barátságosan fogadja a beteget, igyekszik az áttételt bebiztosítani, és míg a beteg küszködik, az ember egy fotelben nyugodtan szivarozik, unott hangon konvencionálisnak és elcsépeltnek ható megjegyzéseket tesz, s alkalomadtán elalszik. A legjobb esetben óriási erőfeszítéseket tesz, hogy az ásító unalmat legyőzze, sőt, erőlködik, hogy barátságos és résztvevő legyen. Ha az ember a beteget valódi szabadságra neveli, és arra buzdítja, hogy győzze le a szorongását és féltékenységét még velünk szemben is, akkor meg fogjuk hallani, hogy a betegnek lelke valamely rétegében mindahány valódi gondolatunkról és érzésünkről tudomása van. Hasztalan próbálunk újabb és újabb erőfeszítéssel kikerülni a kínos helyzetből, a beteg érzi, hogy ez is erőltetett.”⁵

A szokásos terapeutai-orvosi magatartás ezzel „abnormálissá” minősül át, és csak akkor válik a páciens gyógyítása szempontjából értékké, ha az orvos megváltoztatja viszonyát saját attitűdjeihez, és azokat bevonja a terápia folyamatába: „Ebből semmi más kiutat nem találok, mint azt, hogy a zavar okát magunkban észrevegyük, és azt a beteg előtt szóvá is tegyük, ismerjük el, ne csak, mint lehetőséget, hanem mint ténnyt.”⁶

Ferenczi technikai kísérleteinek e második szakaszában már túllépett a korabeli szakmai objektivista attitűdön. Míg az aktív technikával csak a „dózist” növelte, azaz megtartotta a beteget a gyógyítás tárgyának passzív szerepében, „amelyen” az orvos munkálkodik aktívan, addig a relaxáció elmélete már aktív ágensi szerepet juttat a páciensnek. Az orvos-terapeuta mindazonáltal nem válik passzívvá, hanem inkább aktivitásának iránybeli hangsúlya változik meg – immár nemcsak a páciens viselkedése, gondolatai, fantáziái lehetnek problematikusak, hanem a terapeutái is, aki többé

⁵ Ferenczi 1996, 125. o.

⁶ Ferenczi 1997, 104. o.

nem semleges megfigyelő. Akkor sem vonhatja ki magát a közös történelekből, ha akarja, mert ez a szándékolt semlegesség is része a folyamatoknak. A terapeuta nem egy másik világból figyeli páciensét, hanem közös világot alkotnak. Az objektivitás alapján nem lehet az eredményes terápia számára megfelelő emberi kapcsolatot kialakítani – véli Ferenczi –, mert „Az objektív észlelés feltétele az önelfojtás és az önmegsemmisítés.”⁷ Ezért az orvos objektív attitűdje alkalmatlan életproblémák megfogalmazására és kezelésére. A pusztán intellektuális rekonstrukció⁸ – amely a passzív beteg és a főlényben lévő analitikus helyzetén alapul – elégtelen a beteg szenvedésének hathatós enyhítésére. Sőt – ahogy láttuk –, nem egyszerűen alkalmatlan, hanem sérti a terapeuta szakmai integritását is. Hiszen általa a „*Nil nocere!*” feltétlen parancsa, az orvos szakmai identitásának és moralitásának döntő eleme sérül meg.

Ferenczi, ha ezen a ponton megáll, még talán belül maradt volna a modern terápiás paradigmán. De nyughatatlan kíváncsisága és gyermeki empátiája továbbhajtotta, míg technikai újításainak végső állomásaként eljutott az úgynevezett kölcsönös analízisig, amelyben a terapeutával egyenlő helyet, rangot adott a páciensnek, akivel kölcsönösen váltogatták a szerepeiket. Hiszen „egyetlen analízis sem sikerülhet, amíg felül nem kerekedünk az »analitikus helyzet« és a mindennapi élet közötti téves, vélt különbségeken éppúgy, mint az analitikusoknál még mindig szokásos beképzeltségen és azon, hogy a beteggel éreztetik a főlényüket.”⁹ A kör bezárult. A pszichoterápia előbb kilépett a mindennapi emberi kapcsolatból, hogy egy mesterséges teret berendezve kísérelje meg a hibásan működő emberi kapcsolatokba belebetegedett páciens normális működésre készíteni. Majd Ferenczi e mesterséges tér minden zegét-zugát bejárva rájött, hogy a technika elsődlegességén alapuló művi viszony végső soron nem képes a sérült embert egészlegessé tenni – legfeljebb az egyik sérülést egy másikkal váltja fel.

A kölcsönös analízissel Ferenczi felszámolta a modern pszichoterápia technikai alapszabályait: ha nincs alapvető különbség a terápiás helyzet és

⁷ Ferenczi 1996, 125.o.

⁸ Ferenczi 1996, 135. o.

⁹ Ferenczi 1996, 142. o.

a mindennapi élet között, akkor a lelki kínoktól szenvedő embernek első-sorban nem szakemberre, mint technikák tudójára, hanem bölcs, együttérző emberre van szüksége.

Ezért ez a „rettenetes gyermek” – ahogy önmagát nevezte – tartogatott még egy olyan meglepetést, amellyel levonja eddigi technikai kísérleteinek végső következtetését. A *Klinikai naplójában* olyan gondolatra bukkanunk, amely már tényleg – ahogy mondani szokták – minden határon túlmegy. „Így az ember végül arra a gondolatra jut, hogy vajon nem volna-e természetes és egyben célszerű is egy érző – hol együttérző, hol nyíltan mérges –, őszinte emberi lénynek lennie? Ez azt jelenti, hogy felhagyunk mindenfajta »technikával«, és magunk is éppoly kendőzetlenül mutatkozunk meg, mint ahogy azt a betegől elvárjuk.”¹⁰

A technika feladásának motívuma valójában szervesen következik a fent vázolt folyamatból: 1. a szakember-páciens, kutató-kutatás tárgya, szubjektum-objektum viszony súlypontjainak eltolása előbb az orvos, majd a páciens „hatalma” felé; 2. az egyensúly tételezése a két szereplő között; 3. a technikai tudáson alapuló szakmaiság specifikumának legyengítése a mindennapiság irányába, azaz a szakmaiság kivonása a korabeli sémából; 4. a technikai orientáció feladása.

A „nem szabad technikát alkalmazni” követelménye súlyos kérdéseket vet fel a pszichoterápia helyzetére és általában véve az úgynevezett lelki problémák kezelésére vonatkozóan.

Ferenczi „korszerűtlensége”

Hogyan lehet pszichoterápiát és egyáltalában véve gyógyítást, technika nélkül művelni? És mivé lesz a szakma, ha nincs technikája? Hogyan lehet szakembert technikai tudás és annak alkalmazása nélkül tételni? Vajon Ferenczi itt nemcsak a határig jutott el, hanem túl is lépett minden szakmai határt, amikor a pszichoterápia identitásának sarkkövét kérdőjelezte meg? És lehet-e egy olyan gondolkodó „szaktárs”, és különösen kultikus figura, embléma és jelkép, aki konklúzióként övéi ellen fordul?

¹⁰ Ferenczi 1996, 112. o.

A modern pszichoterápia születési körülményeinek (XIX. század vége–XX. század eleje) megfelelően a tudományos-technikai viszonyulást tekintette magától értetődőnek és követendőnek, amely pedig a természetfeletti technikai uralom megteremtésén fáradozott. Ferenczi is – Freud tanítványaként – ennek a sémának megfelelő orvos-beteg viszonyt próbálkozott. Majd kénytelen volt szembesülni azzal, hogy az előre lefektetett módszer, azaz a technika, amely a terápiás folyamatot kiszámíthatónak, a páciens a szakember felfogása szerinti „formába önthetőnek” tételezi, előbb-utóbb a gyógyítás akadályává válik. Nem juttatja el önmagához a páciens, hanem ellenkezőleg, olyan sémába zárja, amelyből csak egy újabb technika szabadíthatja ki, de csak azon az áron, hogy ennek révén ismét egy újabb öntőformában találja magát. A tudományos módszeren alapuló technika-technológia a mérhetőségen, kiszámíthatóságon, predikción alapul. Az emberre alkalmazott hasonló attitűd azonban nem alkalmas az emberi-egzisztenciális problémák kezelésére, hiszen „...ha az emberről szóló tudománynak meg kell felelnie a modern tudomány alapkövetelményeinek, akkor ki kell elégítenie a módszer elsőbbségének alapelvét, amely ugyanazt jelenti, mint az előre jelezhetőség projekciója. Az emberről szóló e tudománynak elkerülhetetlen következménye lenne az ember mint gépezet technikai megalkotása.”¹¹

A pszichés, pszichoterápiás technika, azaz előre lefektetett szabályokat követő, a terapeutát fölénybe helyező, általa kontrollált, ezért hasznos módszer csak úgy tud gyógyulást produkálni, ahogy a gép jól kezd funkcionálni, miután a szerelő megjavította azt. Ez azonban nyilvánvalóan nem vezet ahhoz az egészséghez, egészlegességhez, amely az embert a neki megfelelő gyógyuláshoz juttatja. E kultúránk „alaptörvényeibe” kódolt probléma súlyosságát így fogalmazza meg a filozófus:

„A leghasznosabb a haszontalan. De a haszontalan megtapasztalása a legnehezebb vállalkozás a modern ember számára. Ennek következtében, a »hasznos« alatt azt értik, amit gyakorlatilag alkalmazni lehet, mint ami egy közvetlen technikai célt szolgál, mint ami bizonyos hajtást vált ki, és mint amivel gazdaságosan és produktívan tudok mű-

¹¹ Heidegger, M.: *Zollikon seminars*, Evanston, 2001, 135. o.

ködni. Mégis azt kell tekintenünk hasznosnak, »ami valakit egészzé tesz«, azaz, ami az embert önmagához vezet.”¹²

A modern pszichoterápia azonban – születési körülményeinek és a kor-szellemnek megfelelően – nem az ember „otthon létét”, hanem jó funkcionálását célozta meg; azaz, hogy technikailag úrrá legyünk a szelfen. Ezért tételezte magát a biomedicina „világképével” és működésmódjával kompatibilisnek. Ebből a perspektívából érthető igazán az az első látásra meg-hökkentő tény, hogy Freud a pszichoterápia, a pszichoanalízis atyjaként miért utal még utolsó művében is arra, hogy a pszichoanalízist jobb technika híján kell alkalmazni és megvédeni addig, amíg a lelki berendezést kémiai anyagokkal nem tudjuk befolyásolni.¹³

Ferenczi túllépése a technikán pontosan ennek a szempontnak a belátása, és egyben olyan új pszichoterápia és orvos-beteg viszony felvázolása, amely túllép a freudi technikai paradigmán.

Megoldása meghökkentően nem modern, amikor az orvos számára a „minden technika feladása után” még ráadásul a következőt javasolja:

„...tényleges érdeklődést, valódi segíteni akarást [kérnek a betegek tőlünk], jobban mondva, mindent legyőző szeretetet mindannyiunknak külön-külön, minthogy csakis a szeretet segítségével láthatjuk olyan-nak az életet, mint amit érdemes megélni, és ez az, ami a traumatikus helyzet ellentétét jelenti.”¹⁴

„Nem lehet eredményes [...] egyetlen analízis sem, amelyben nem sikerül a beteget valóban szeretni.”¹⁵

Ez az attitűd éppen ellentéte a technikai-tudományos megközelítésnek: nem objektív, nem elfogulatlan, nem predikálható, technikailag nem előál-lítható. Vagyis az előírhatatlan előírása.

¹² Heidegger 2001, 159–160. o.

¹³ Freud, S.: A pszichoanalízis foglalatja, in: *Esszék*, Budapest, 1982, 449. o.

¹⁴ Freud 1982, 142. o.

¹⁵ Freud 1982, 143. o.

Nem is szólva arról, hogy ebből a követelményből nem vezet út a mai szakmaiság egyik döntő követelményéhez és legitimáló tényezőjéhez: a hatékonysághoz. Ám „a hatékonyság fogalma [...] elválaszthatatlan attól az emberi létezmódtól, amelyben az eszközöket döntően arra a célra alkotják, hogy az emberi lényeket manipulatív módon szolgálatkész viselkedési mintákba kényszerítsék.”¹⁶ A Ferenczi-féle terápia immár alkalmatlan arra, hogy hatékony gyógyítást valósítson meg, egyszerűen azért, mert a hatékonyság és a manipuláció összekapcsolódása lehetetlenné teszi azt az eredeti őszinteséget, amely az új terápiában feltétele az egészlegességhez való eljutásnak. Nyilvánvalóan a hatékonyság és a szeretet nem férnek meg egymás mellett, mert a szeretet nem alkalmazható *technikailag*: nem mérhető, nem predikálható, nem kontrollálható és nem előállítható.

Mármost lehet persze itt banális szentimentalizmusról beszélni, számonkérhetetlen elvárással és szakmaiatlansággal vádolni a *Klinikai napló* orvosát – hiszen a szeretet képessége nem része a szakember képének a modern gyógyításban. Senki sem ellenzi, de nem *sine qua non*.

De ma úgy tűnik fel, hogy Ferenczi több mint háromnegyed évszázados belátásai nemcsak filozófiai argumentumokban találnak megerősítést, hanem immár a kortárs pszichoterápia hatásosságával és ennek összetevőivel kapcsolatos vizsgálatok is jelentős mértékben olyan következtetéseket engednek meg, amelyek közel állnak Ferenczi premodernnek, professzionizmusellenesnek tűnő gondolataihoz.

Az egyik legismertebb kísérletben „problémás” egyetemi hallgatókat osztottak két csoportra. Az egyik csoportot átlagosan 23 éve praktizáló pszichoterapeutákhoz rendelték, a másikat olyan egyetemi oktatókhoz, akik a hallgatók iránti pozitív attitűdjeikről voltak ismertek. További két kontrollcsoportba tartozók közül az egyikben minimális kezelést kaptak a résztvevők, míg a másikkban csak diagnosztikus tesztek végzetek velük. Az a két csoport, amely az oktatóknál és a pszichoterapeutáknál volt, szignifikánsabban jobban lett, mint a kontrollcsoportokba tartozók. De nem volt szignifikáns különbség a laikus terapeutákhoz (oktatók) és a hivatásosokhoz járók javulásában. A kutatást értékelve a szerzők végül megállapítják: „...úgy tűnik, hogy a terápiás változás akkor áll elő, amikor találkozik egy-

¹⁶ McIntyre, A.: *Az erény nyomában*, Budapest, 1999, 108. o.

mással egy olyan páciens, aki képes egy ilyen kapcsolat előnyeit élvezni (azaz, nem túlságosan ellenálló és nagyon motivált) és egy olyan terapeuta, akinek a működését a páciens a törődés és az őszinte érdeklődés kifejeződésének tartja. Miközben a hivatásos terapeuta »technikái« nem eredményeznek mérhetően különb terápiás hatást, ezek a készségek »a jó emberi kapcsolatban« meglévő természetes gyógyító folyamatokat indítják be, feltéve hogy a páciens a terapeuta terápiához való általános viszonyát kellemesnek érzi és rezonál arra.”¹⁷ A pszichoterápia specifikus és nem specifikus tényezői körül folyó vita korántsem fejeződött be, hiszen például mindig megjelennek olyan pszichoterápiafajták, amelyek vindikálják maguknak az egyik vagy másik lelki baj gyógyításával kapcsolatos „felsőbbrendűséget”. Mindazonáltal az eddigi kutatások egyik lehetséges összefoglalása Ferenczi belátásait látszanak alátámasztani:

„1. A hatásos pszichoterápia a terapeuta és a kliens kapcsolatára épül a kliens belső és külső forrásaival együtt. 2. A terápia típusa és technikája keveset ad hozzá a kapcsolat és a kliens forrásainak hatásához, ha nem jár együtt közös tényezőkkel. 3. A kapcsolatnak azok a változói, amelyek a leggyakrabban kötődnek a hatásossághoz: az empátia, a hitelesség és a feltétlen pozitív törődés.”¹⁸ Az utolsó pont talán közel van ahhoz, amit Ferenczi szeretetnek nevezett.

A hatásosság kérdésére adott válasz az *Alice Csodaországban* történet egyik szereplőjéről elnevezett hipotézisben fogalmazódik meg. Az úgynevezett dodóhipotézist¹⁹ röviden úgy lehet összefoglalni, hogy a pszichoterápiák hatásosak ugyan, de szemben a modern medicina egyik döntő elvárásával, gyógyítóképességük kevésbé specifikus; *általában véve* egyik módszer, technika sincs fölényben a másikkal szemben. Továbbá meg le-

¹⁷ Strupp, H. és Hadley, S.: Specific vs nonspecific factors in psychotherapy, in: *Archives of General Psychiatry* 10 (1979), 1125–1136. o.

¹⁸ Bozarth, J.: *The specificity myth: The fallacious premise of mental health treatment*, Paper presentation at the American Psychological Association, 2000, www.personcentered.com/specificity.htm.

¹⁹ Lewis Carroll könyvének egy helyén az állatok miután Alice könnytavában átáztak, futóversenyt rendeznek, de úgy, hogy összevissza szaladgálnak, majd hirtelen megállnak, és arra a kérdésre, hogy ki nyert, a dodó madár azt válaszolja, hogy „Mindenki nyert, mindenki díjat érdemel.” Magyarul első látásra azért nehezen elhelyezhető a dodóhasonlat, mert Kosztolányi Dezső fordításában a dodóból struccmadár lett.

het mutatni, hogy a pszichoterápia egyes összetevői milyen arányban vesznek részt a hatásosságban: szövetség (a terápiás kapcsolat) 30%; placebo-hatás 15%; technika 15%; kliens és külső tényezők 40%.²⁰

Ezek szerint a technika, amelybe pedig a különféle pszichoterápiák identitásukat döntően helyezték, elenyésző szerepet játszik a – fogalmazzunk így – emberi, szubjektív hatásokkal szemben. Úgy tűnik, hogy a technikai elem szerepét a *katalizátor* vagy a *nyomelem* hasonlattal lehet szemléltetni. Nem lehetséges terápiát folytatni valamilyen technikába, módszerbe vett hit nélkül, ám ugyanakkor a valójában ható tényezők a technikán túl keresendők – ahogy azt Ferenczi majdnem nyolcvan évvel ezelőtt megfogalmazta.

Minthogy a pszichoterápiás elem többé-kevésbé minden orvos-beteg viszonyban jelen van, ezért ennek a belátásnak a jelentősége túlnó a pszichoterápiás praxison és minden orvosi gyakorlatban – tetszik, nem tetszik – megkerülhetetlen tényező.

Vajon a ma is szaporodó és finomodó terápiás technikák túl vannak-e, meghaladták-e Ferenczi belátásait vagy folyamatosan a Ferenczi előtti fázist „cizellálják”? Nem úgy vagyunk-e az emberre vonatkozó problémák pszichés technikák révén való megoldásának feladásával, mint Nietzsche örültje Isten halálának hírével, amely még nem jutott el az emberek fülébe. Megtörtént, de még elfogadhatatlan. Még a veszteség háritásának fázisában vagyunk és haragszunk arra, aki a hírt hozza. Hiszen mi lesz a lelkünkkel, amelyet a tudomány már egyszer feladott mint nem valóságos létezőt? Hogyan uraljuk önmagunkat, miben bízhatunk, ha kizárjuk olyan tudás létezését, amely úgy javítja meg szorongásunkat, mint a szerelő a vízcsapot vagy a sebész a törött csontot? Vajon megenged-e kultúránk olyan szakmaiságot, amely nem a technikai tudás köré szerveződik? És hogyan lehetséges a pszichoterápia mint modern szakma, ha – a fentiek szerint – a technikai tudásból fakadó hatékonyság szerepére nagyjából Alasdair MacIntyre-nek a menedzseri tekintélyre vonatkozó leírása érvényes, amely „aból a hitből származik, hogy a menedzseri tekintély és hatalom igazolt, mivel a menedzserek rendelkeznek a készségek és a tudás bizonyos célok elérésére való mozgósításának képességével. Ám mi van akkor, ha a haté-

²⁰ Bozarth 2000.

konyság inkább a társadalomszabályozás komédiájának része, mint valóság? Mi van akkor, ha a hatékonyság olyan tulajdonság [...], amely gyakorlatilag csak e nekik tulajdonítás formájában létezik?”²¹

Hogyan lehetséges pszichoterápia, ha hatása döntően nem a technikai összetevőitől függ, de egy olyan kultúrában kénytelen egzisztálni, amely ugyanakkor a szakmaiságot döntően a technika hatalmára alapozva képes tételezni?

Kétségekkel gyötört korunkban persze elgondolkozhatunk azon, hogy tévedett-e Ferenczi a „minden technika feladásával” vagy csak túlságosan előreszaladt, és a mai szakember számára oly identitást provokáló tézise kultuszának része lesz-e egy következő korszakban.

Vagy továbbra sem hagyjuk, hogy megzavarja bevett sémáinkat...

²¹ McIntyre 1999, 109. o.

VÉGTELEN TÖRTÉNET?

„...képes-e a tudomány célt adni a cselekvésnek, miután bebizonyította, hogy képes elvenni és elpusztítani e célokat...”

F. Nietzsche

Hosszú ideje folyik a vita arról, hogy a különféle alternatív gyógyítóeljárások hatásosak-e, és hogy szabad-e ezeknek teret engedni a hivatalos biomedicina mellett. E gyógyítóeljárások társadalmi szerepváltozásának feltűnő sajátossága, hogy a múlt század hatvanas-hetvenes éveiiig úgy látszott, hogy a természettudományos medicina gyakorlati sikerei filozófiájának győzelméhez vezetnek, és az alternatív eljárások mint idejétmúlt, elavult és tudományosan bizonyítatlan módszerek marginalizálódnak, majd eltűnnek a gyógyítás eszköztárából. E trend azonban fokozatosan, de annál jelentősebben az ellentétébe fordult. Ma az alternatív irányzatok „szárnyaló népszerűségének”¹ vagyunk a tanúi.

A hivatalos medicina kutatói újra és újra megkísérlik a saját játéktérükre vonni a konkurencia egyik vagy másik vonulatát, ahol a ma bevett tudományos – placebokontrollos – módszerekkel vizsgálják annak hatásosságát, vagy a már elvégzett kutatások eredményeit metaanalízisnek vetik alá, annak reményében, hogy általánosítható és konkluzív eredményekre juthatnak. Ezekről a vizsgálatokról azt várják, hogy „egyszer és mindenkorra” ítéletet lehet hirdetni az adott eljárás, gyógyítói filozófia helyességéről, és az esetleges elmarasztaló ítélet vagy az adott irányzat diszkreditálásával, megsemmisülésével jár, vagy a pozitív mozzanatok beépülhetnek a hivatalos medicina eszköztárába. Ám rendszerint az történik, hogy a tudomány és az Igazság nevében meghozott negatív ítélet nem sújtja halálra a tudományos szempontból tévelygőket, hanem az adott eljárás tovább virágzik.

E jelenség egyik újabb példáját tanulmányozhatjuk a homeopátiával kapcsolatban. A homeopátia elfogadottsága jó ideig nem tudott lépést tar-

¹ Vö. Le Fanu, J.: *The rise and fall of modern medicine*, New York, 2002, 19. o.

tani a biomedicináéval. Hiszen ez utóbbi a XIX. század második felétől megállíthatatlanul sikeresnek mutatkozott mind elődjével, a hippokratészi-galénoszi medicinával, mind más alternatíváival szemben. (Figyelemre méltó, hogy történelmi perspektívából szemlélve a mai hivatalos medicinánkat lehetne alternatívnak nevezni, mert az összes többi hagyományos és újabb keletű irányzat több vonásban osztozik egymással, mint bármelyikük a mai „méinsztrím” orvoslással.²⁾

A homeopátia (más alternatív irányzatokkal párhuzamos) utóbbi évtizedekben felívelő népszerűsége első látásra annál is meglepőbbnek tűnhet, mert alapelvei számos vonásban ellentmondanak a biomedicina filozófiájának: a hasonszenvi gyógymód, a csekély mennyiségű hatóanyag és az egyénre szabott (holisztikus) kezelés. A homeopátia ezért gyakran a hivatalos medicina harcos képviselőinek szemében az alternatív irányzatok „bűneinek” ideáltipikus megtestesítője. És legfeljebb azt hajlandók elismerni, hogy „csak” placebohatásai lehetnek.

Néhány évvel ezelőtt a *The Lancet* szánt teret a homeopátia értékelésének, amelynek hangütését és egyben konklúzióját „A homeopátia vége”³ című „*editorial*” adta meg. Az e megállapítás alapjául szolgáló metaanalízis így foglalja össze a placebokontrollos vizsgálatokat: „...gyenge a bizonyíték a homeopátiás szerek specifikus hatására, ám erős bizonyíték van a konvencionális beavatkozások specifikus hatásaira. Ez az eredmény megfelel annak a felfogásnak, hogy a homeopátia klinikai hatásai placebohatások.”⁴

Ezt az álláspontot erősíti a brit parlament tudomány- és technológia-bizottságának egy friss állásfoglalása, amelyben megállapítják, hogy „a homeopátia nem hatásos (azaz nincs a placebón túlmutató hatása), és a homeopátia működésére vonatkozó magyarázatok nem plauzibilisek”. Ezért fel-

² Vö. Bates, D. G.: Why not call modern medicine „alternative”? in: *Perspectives in Biology and Medicine* 4 (2000), 502–518. o.

³ The end of homeopathy, in: *The Lancet* 9487 (2005), 690. o.

⁴ Shang, A. és mások: Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy, in: *The Lancet* 9487 (2005), 726–732. o.

szólítják a kormányt, hogy változtasson politikáján, és a nemzeti egészségügyi szolgálat ne finanszírozza tovább a homeopátiás kezeléseket.⁵

A *The Lancet*ben publikált vizsgálatot kritizálók egy része a módszertani hiányosságokat emelte ki,⁶ de – ami tárgyunk szempontjából fontosabb – a bírálók másik része azzal érvelt, hogy ugyanazzal a módszerrel nem lehet vizsgálni az allopatíát és a homeopátiát, mert a homeopátiának nincsenek specifikus hatásai, lévén nem az általános betegség tünetét támadja meg, hanem egyénre szabott kezelést nyújt.⁷

Nem kevesebbre utal ez az érv, mint arra, hogy a tudományos módszer inherens része a konvencionális medicinának, így nem semleges bírálóként áll a két orvosi filozófia között és fölött, hanem – akarva, nem akarva – elfoglalt a hivatalos gyógyászat javára, mert világképük közös. Így egymásra utalva mindkettő „nárcisztikusan” termeli újjá a saját, magától értetődőnek tekintett megalapozásuk igazolásául szolgáló adatokat. A vita allopatikus attitűdöt támogató résztvevői a tudomány mai módszerei alapján szeretnék eldönteni a „hatásosságvitát”, a homeopátia támogatói pedig inkább látják igazolva magukat a számos egyedi sikerben és a támogatók növekvő táborában – és egyik sem fogadja el végső bizonyítékként a másik módszerei által előállított tényeket.

Az alternatív orvoslások megítélése szempontjából tovább növeli a problémát, hogy immár egyre kevésbé lehet a placebohatást „csak”-ozni: „Óh, az csak placebo!” A placebohatásról kiderül, hogy nem pusztán állandó erejű és mennyiségű „háttérzaja” az új eljárásoknak. Nem az a szürke viszonyítási alap, amellyel szemben oly ragyogóak lehetnek az új gyógyszerek.

Az utóbbi évek gyógyszerkísérleteiben egyre több reményteljes hatóanyag vall kudarcot a placebohatással szemben. 2001 és 2006 között 20%-

⁵ http://www.parliament.uk/parliamentary_committees/science_technology/s_t_homeopathy_inquiry.cfm (utolsó letöltés dátuma: 2010); lásd még a Szkeptikus blogon Hraskó, G.: *Visszaminősítették a homeopátiát Nagy-Britanniában*, 2010, http://szkeptikus.blog.hu/2010/02/24/a_homeopatia_visszaminositese_nagy_britanniaban.

⁶ Vö. Fisher, P.: Homeopathy and The Lancet, in: *eCAM 1* (2006), 145–147. o. „Sajnos ez a támadás csak mélyíti a szakadékot.”

⁷ Bhatia, M.: *Homeopathy, Research and The Lancet*, 2005, <http://hpathy.com/homeopathy-researchthe-lancet/>.

kal növekedett azon új termékek köre, amelyek az első placebokontrollos kísérleti fázisban elbuktak, és a következő fázisban pedig 11%-os a növekedés. És összességében is az utolsó stádiumokban kieső gyógyszerjelöltek fele a cukortablettával szembeni kudarca miatt hullik ki a rostán.⁸ Ez a tendencia nemcsak az új gyógyszerjelöltek, hanem a korábbi sikeresnek tűnő szerek esetén is megfigyelhető. „Nem arról van szó, hogy a régi pirulák meggyengültek, mondják a fejlesztők. Olyan, mintha a placebohatás valahogy megerősödne.”⁹

Így tehát a placebohatás jelentősége a medicinában csak nő, mióta háttározottan betette a lábát a színre. Ez egyben azt is jelenti, hogy a páciens és az orvos személyisége, a közöttük lévő viszony és a kulturális jelentérendszer is egyre hatásosabbnak mutatkozik a biológiai hatótényezőkön túl. Mintha a placebo nem pusztán semleges szer lenne, hanem vivőanyag. Szemben azonban az okilag ható gyógyszerek vivőanyagaival, a biológiai-nál sokkal szélesebb értelemben vett életet viszi be a medikális praxisba. Az „élet zengi be” a medicinát – Adyt parafrázálva –, de csak mostanában keresik azokat a szakmai identitásvonásokat, amelyek egyszer már, a modern medicina előtt szerves tényezői voltak az orvosi gyakorlatnak, ám amelyek a testi mechanizmusokra való koncentráció miatt kiszorultak vagy elhalványultak az utóbbi egy-két száz évben.

Ha a homeopátiában és hasonló „nem tudományos alapú” irányzatokban „csak” a placebohatás érvényesül, és mégsem szorulnak vissza a tudományos érvelés minden erőfeszítése ellenére sem, akkor e jelenség megértéséhez a kulcsot esetleg nem is a legújabb tudományos publikációkban találjuk. Ha kicsit tágabbra nyitjuk a perspektívánkat, akkor talán ma sem lehetünk okosabbak Nietzsche-nél, aki jó évszázaddal korábban így fogalmazta meg az éppen egyre nagyobb sikereket arató tudományos módszer antropológiai ellentmondását: „A tudomány bizony egyre kevesebb örömet szerez, viszont egyre több örömet vesz el tőlünk a vigasztaló metafizika, vallás és művészet gyanúsításával: így apad el a legnagyobb örömför-

⁸ Silberman, S.: *Placebo are getting more effective. Drugmakers are desperate to know why*, 2009, www.wired.com/medtech/drugs/magazine/17-09/ff_placebo_effect?currentPage=all.

⁹ Silberman 2009.

rás, amelynek az emberiség majdnem minden emberségét köszönheti. Egy magasabb kultúra azért ad szükségképpen az embernek két agyi féltekét, mintegy kétfajta agyat, hogy egyikkel a tudományt, a másikkal pedig a nem tudományos dolgokat fogja föl; e két agy egymás mellett van, nagyon jól, határozottan elválik egymástól: így kívánja az egészség. Az egyik részben van az erőforrás, a másikban a szabályzó. Illúziókkal, egyoldalú nézetekkel, szenvedélyekkel kell fűteni, a megismerő tudomány segítségével pedig megelőzni az esetleges túlfűtöttség veszedelmes következményeit. Amennyiben nem tesznek eleget a magasabb kultúra e követelményének, akkor majdnem teljes biztonsággal megjósolható az emberi fejlődés további menete: annál kevésbé érdeklődnek az igaz dolgok iránt, minél kevesebb örömet szereznek azok.”¹⁰

Azzal, hogy a biológiaira nem redukálható élet átjárja a medicinát, a fenti ellentmondás markánsabb és láthatóbb lesz. Az élettudományok bármilyen meggyőzőek legyenek is, nem elégitik ki az emberi lét illúziókra, vigaszra éhes oldalát. A tudományos medicinára magára is sok illúzió vetült az elmúlt évtizedekben. Ahogy ezek erodálódnak, nyilvánvalóvá válik, hogy a betegségek testi „mechanikájának” feltárása kielégületlenül hagyja a betegség-egészség személyes értelemmel összefüggő aspektusait. Így a medicina egy új egészségfogalommal kénytelen szembesülni, azzal, amely sokkal ambivalensebb viszonyban van a tudományos igazsággal, mert „az életfeltételek között a tévedés is szerepelhet.”¹¹ Ha az egészség többé már nem a test helyes funkcionálása csupán, akkor a mi tudományunk – és arra hivatkozó praxisunk – kénytelen lesz együtt élni azokkal az illúziókkal, amelyek a potenciális betegek számára az ő „külön bejáratú” egészségükhöz tartoznak.

A biomedicina olyan társbérletbe kényszerül, amelyben kénytelen némileg alkalmazkodni alternatív életformát követő lakótársaihoz. Eközben talán észre sem veszi, hogy minél inkább harcol a saját identitásának érvényesítéséért a többiekével szemben, annál többet sajátít el ellenfelei életstílusából... És még az is lehet, hogy ez javára válik.

¹⁰ Nietzsche, F.: *Emberi – túlságosan is emberi*, Budapest, 2000, 97. o.

¹¹ Nietzsche, F.: *A vidám tudomány*, Budapest, 2003, 105. o.

A KÉTSÉGBEESÉS BETEGSÉGEI

Korábban rendes, tisztességes betegségeink voltak: torokgyulladás, tüdőgyulladás vagy a klasszikus fertőző betegségek. Ezeknél látszólag egyszerű volt a helyzet. Meg kellett találni a betegség okát, amely egyedinek és jól körülhatárolhatónak tetszett, majd ezt „kilőve” fel lehetett számolni a betegséget. Ez a helyzet nagymértékben hasonlított a hadviseléshez: Vélünk szemben „egyenruhában”, az ártalmatlan környezetétől jól megkülönböztethető ellenség, amely semlegesítésére csak hatásos fegyvert kell kifejleszteni, majd azt alkalmazni, és már meg is nyertünk egy csatát a halál elleni háborúban. Ez a konstelláció olyannyira sikeres volt a modern medicina számára, hogy mind számos művelőjének, mind felhasználóinak a mai napig ez a szcenárió lebeg a szeme előtt, amikor gyógyításról és gyógyulásról van szó. E harcban a szereposztás is világos volt: az orvos aktívan küzd a betegség ellen, a páciens pedig nevéhez illően türelemmel viseli a megpróbáltatásokat, engedelmeskedik az orvos rendeléseinek és mindkettőjük motivációja találkozik abban, hogy az orvos meg akarja gyógyítani a beteget, a beteg pedig meg akar gyógyulni. Ehhez az kell, hogy a betegség alapvetően rosszként jelenjen meg mind a két fél számára. Természetesen azt eddig is lehetett tudni, hogy a betegség rosszként való értékelése és megélése ilyen tisztaságban sohasem működött. Az orvos egzisztenciája a betegségek (de nem az egyes páciens) lététől vagy fenyegető lehetőségüktől függ. A páciens oldalán pedig eddig is ismertek voltak az úgynevezett betegségelőnyök. Olyanok, mint hogy a környezete figyelmének középpontjába kerül, törődést és ápolást kap. De az sem elhanyagolható, hogy a beteg szabadságra megy a mindennapi életből, betegsége alatt mentesül a munkahelyi és a családi felelőségek alól, úgy is mondhatjuk, hogy a betegsége nemcsak megnehezíti a vele járó szenvedésekkel, hanem meg is könnyíti az életét a „nem ér a nevem” játszmával. Sőt, érdemesebb „rokkantságira” menni, vállalva egy súlyos betegséget vagy annak a stig-

májját, mert a megélhetést ellehetetlenítő munkanélküliség és a vele járó reménytelenség kívánatosá teszi a beteg állapotot.

E nyilvánvaló betegségelőnyök mellett szubtilisabbak is felbukkannak, különösen akkor, ha magának a páciensnek sem nyilvánvalók szenvedésének motívumai, mert a folyamatok a tudata „háta mögött” zajlanak.

„Egy férfit hoznak be a kórházba, miután összeesett egy művészeti galériában. Az orvosok nagyon aggódnak miatta, számos vizsgálatot végeznek el. A gyógyszerelés ellenére szorongásszintje magas és erőteljes szívdobogása, mellkasi fájdalmai és légszomja van. Meg van arról győződve, hogy szívinfarktusban fog meghalni, és számos, az orvosok által ajánlott, valamint kutatásain alapuló kezelést vállalt fel. Ám semmi sem változott, amíg akupunktúrán részt nem vett. Panaszai elmúltak, szorongása eloszlott, és most lelkesen ajánlgatja az akupunktúrát barátainak és kollégáinak.”¹ Az alaposabb elemzés azonban kimutatja, hogy nem az akupunktúra technikája hozta el számára a gyógyulást.

A férfinak ugyanis volt egy titkos szerelmi viszonya. Egyszer a szereetője azt ajánlotta, hogy ezúttal egy galériában találkozzanak. Hősünk némiképp szorongott a hely nyilvánossága miatt. Majd, amint megölelte a nőt, hirtelen úgy tűnt neki, hogy felesége egyik barátnőjét látja a teremben. Ekkor összeesett. A hiábavalónak látszó kezelések után az akupunktúra azért volt sikeres a számára, mert fájdalmasnak érezte az eljárást. „Olyan volt, mint egy kínzás, mint egy szörnyű büntetés” – fogalmazott. A betegsége a büntudatát egyensúlyozta ki, és csak az a kezelés hatott, amely fájdalomsságával kielégítette büntetésre irányuló tudattalan szükségletét. A betegség tehát a morális egyensúly fenntartását szolgálta. Azaz egy viszonylag jól körülhatárolható egyensúlytalanság korrigálásában vett részt. A betegségnek ezt a hasznát – egy konkrét életprobléma kihordásában való részvételét – legalábbis Freud óta jól ismerjük a modern medicina tájékán.

De az utóbbi évtizedekben újfajta betegségek bukkantak fel, amelyek immár nem kórokozó módjára törnek a gyanútlan emberre, nem is ilyen vagy olyan egzisztenciális érdekeket szolgálnak, és nem is rejtett, a beteg előtt ismeretlen részegyensúlyok létrehozásában játszanak szerepet, hanem immár az *egészség* előállítását célozzák. Olyan kórképekről van szó, ame-

¹ Leader, D. és Corfield, D.: *Why people get sick*, New York, 2008, 280. o.

lyek a páciens számára elengedhetetlenek az egészség egzisztenciális élményéhez.

Egy friss vizsgálat arról számol be, hogy miként élik meg az evészavarban szenvedők betegségüket, hogyan viszonyulnak hozzá.² A betegek a következő tényezőkben látják az evészavaraik *értelmét*:

Az evési vagy/és hánytatási rituáléik a kellemetlen élményektől való elfordulást szolgálják, olyanok, mintha egy programot mentenének le vagy biztonsági hálót szónének arra az esetre, ha az életük kikerülne az ellenőrzésük alól. Az ismeretlen helyzetektől való félelmük miatt a rituálé nyugalmat, az „aha, ezt már ismerem” élményét nyújtja. Célt visz életükbe, mert úgy érzik, teljesítményt érnek el, amely miatt különlegesnek érezhetik magukat. Úgy öleli őket körbe az evészavar életformája, mint egy védőburok, amelyben sérthetetlenek lehetnek. Noha érzik, hogy a betegség eluralja az életüket, de mégis úgy vélik, hogy kézben tartják a kontrollt, így irányíthatóbb, előre jelezhetőbb, tehát biztonságosabb az életük. Az evészavar rendet visz az életükbe. Így – ahogy egyikük megfogalmazza – minden rendben van. (*Everythingt is in order.*) Vagyis, ami *disorder* (rendellenesség, pontosabban rendnélküliség) az orvos szempontjából, az maga az *order* (a rend) az ilyen páciensek számára. A betegség önmaga ellentétébe fordult: a nemkívánatos idegenből (vírus, baktérium), az egészség legfőbb fenyegetőjéből, az egészlegesség létrehozója lesz. Miért lehetséges ez a fordulat? Miért állnak elő hasonló betegségek? Miért hálás egy anyuka azért, és miért állítja, hogy élete legnagyobb ajándéka az, hogy fia megkapta a diszlexia diagnózisát? És miért issza halálra magát az alkoholista?

Mert a betegség immár nem a törött testben gyökerezik, hanem a törött világban. Azt az élményt kell a betegségek révén átírni, hogy elveszett a saját élet feletti kontroll, a dolgok immár irányíthatatlanok és befolyásolhatatlanok az egyén számára. Az ilyen betegségek nem problémaként, hanem megoldási kísérletként bukkannak fel. Rendet, struktúrát, kiszámíthatóságot, identitást visznek a rászoruló világába – hogy azután maguk is egy még nagyobb probléma részeivé váljanak. A WHO gyakran hangozta-

² Fox, A. P., Larkin, M. és Leung, N.: The personal meaning of eating disorder symptoms: An interpretative phenomenological analysis, in: *Journal of Health Psychology*, 23. August 2010., <http://hpq.sagepub.com/content/early/2010/08/13/1359105310368449>.

tott egészségdefiníciója hangsúlyozza a biológiai, a testin túli tényezők szerepét az egészség „előállításában”. Úgy látszik, hogy ha ezek a tényezők erőteljesen „megzakkannak”, akkor a test „az én házam az én váram”-ként a saját egzisztencia, az identitás utolsó védvonalát jelenti. Ennek a felfokozott kontrollnak azonban az a következménye, hogy a saját testük úgy hull ki sérült lelkük öleléséből, mint a homokszemek az összeszorított marokból.

És mit tehet az orvos, ha a betegség „gyógyító” szerepet játszik a szenvedő életében?

ORVOSILAG

Egy hallgató előadást tart a magatartástudományok egyik összetevőjének, az orvosi antropológiának a szemináriumán a fájdalom és a szenvedés témaköréből. Éppen egy vizsgálatot ismertet, amely súlyos betegek kezeléséről szól. Azt akarja hangsúlyozni, hogy milyen fontos a lelki, személyes támogatás az ilyen betegek esetében is. Ezért úgy fogalmaz, hogy a vizsgálatban szereplő betegek egyik csoportja csupán *orvosilag* korrekt kezelést kapott, míg a másik pszichés, személyes támogatást is. Az ilyen vizsgálatok szokásos konklúziója pedig az, hogy az utóbbi fajta kezeléseket esetében a betegek jobban gyógyulnak. Hogyan lehet az, hogy egy kezelés orvosszakmailag korrekt, és mégsem elég jó? Az *orvosilag* ebben a kontextusban nyilvánvalóan azt jelentette, hogy mindent megkapott, ami fizikailag, technikailag lehetséges és szükséges volt. Az *orvosilag* kifejezésnek ez az „ösztönös” használata arra utal, hogy az előadó egyben ki is zárta azt az attitűdöt, világnézetet a szakma identitásához tartozó tudásfajtákból, amelyhez tartozó tárgy keretében éppen jelentős felkészülést tükröző mondanóját tartja. Magyarán, úgy emeli ki a humán aspektusok jelentőségét, hogy egyben meg is tagadja ezek szerepét az orvoslás szakmaiságában. Reflektált tudatosságával lelkesen érvel az úgynevezett humán szempontok szakmai jelentősége mellett, reflektálatlan őszinteségével azonban negligálja is ezeket akkor, amikor a szakmaiság tartalmát nem kell meggondolnia, csak megnyilvánítania.

Ugyanígy egyre feltűnőbb, hogy a hallgatók egy része a biomedicina, valamint a komplementer és alternatív irányzatok filozófiájának összehasonlításakor feltűnő szimpátiával említi az alternatív irányzatok sajátosságait: a test, a lélek és a szellem kölcsönös összefüggését, a holisztikus szemléletet, a gondolatok és érzelmek etiológiai tényezőkként való elismerését, a betegségek értelmének keresését stb., és kontrasztba állítják ezeket a biomedicina „leketlenségével”, mechanikusságával. Mintha az orvoslás hu-

mán aspektusainak fontossága a még szakmai identitását építő generáció egy része számára közelítene a technikai sikerek jelentőségéhez, és egyben elmosódottabbá tenné a két orvosi filozófiai rendszer közötti ádáz szembenállást.

Nem arról van szó, hogy az orvostanhallgatók feladnák a *mainstream* medicinába vetett hitüket, hanem inkább arról, hogy ennek kizárólagosságra törekvő jellege – amikor szinte „kinyílt a bicska a zsebben” az alternatív irányzatok említésekor – már kevésbé plauzibilis az új nemzedék számára. Mintha enyhülne az a kérdés, hogy kinek van Igaza, és erősebb lenne az, hogy mi lenne a jó az orvosnak és a páciensnek a gyógyítás során. Vagyis, miközben a biomedicina marad a „meggyógyíthatóságba” vetett hit legfőbb támasza, emberképe egyre elfogadhatatlanabb. (A korábban világosnak tűnő „filozófiai” határok összekuszálódásának egyik látványos tünete, hogy némely készületlen hallgatók a biomedicina jellemzésénél az alternatív irányzatok sajátosságait sorolják. Vélhetően azért, mert a „bio-”asszociációi a hétköznapi nyelvben egyre jobban kötődnek a természeteshez, a nem mesterségeshez, mint a biológiaihoz.)

A *Dr. House* című sorozat kiélezetten veti fel ezt a problémát, amennyiben egyszerre nyűgözi le a nézőt a főszereplő szakmai-technikai tudása, és tartja faragatlan alaknak saját környezetét is. House a modern, azaz biomedikális attitűd megtestesülése, amennyiben a szakmaiság a betegséggel való kommunikációt foglalja magában, a beteggel és önmagával mint személlyel való diskurzus kívül esik a szakmán, mert sérti a távolságtartó tudományosság attitűdjét. A munkatársai ugyan olykor magatartásukban felmutatják azt, hogy a szakmaiság és személyesség nem feltétlenül egymást kizáró kategóriák, de a bonyolult problémákat végül mindig a főszereplő oldja meg – kivéve saját magát mint orvosi esetet. A humanitás leértékelése a főszereplő „ars poeticájához” tartozik:

- | | |
|-----------------|---|
| <i>Foreman:</i> | Nem kellene beszélnünk a pácienssel, mielőtt a diagnózisba fognánk? |
| <i>House:</i> | Ő egy orvos? |
| <i>Foreman:</i> | Nem, de... |
| <i>House:</i> | Mindenki hazudik. |

<i>Cameron:</i>	(Foremanhoz suttog) Dr. House nem szeret páciensekkel foglalkozni.
<i>Foreman:</i>	(Cameronhoz) Nem a páciensek kezelése miatt lettünk orvosok?
<i>House:</i>	Nem, a betegségek kezelése miatt lettünk orvosok. A betegek kezelése az, ami a legtöbb orvost szerencsétlenné teszi.
<i>Foreman:</i>	Szóval, ön megpróbálja a humanitást eltüntetni az orvosi gyakorlatból?
<i>House:</i>	Ha nem beszélünk velük, akkor ők nem tudnak hazudni nekünk, és mi nem tudunk hazudni nekik. A humanitás túl van értékelve. („Humanity is overrated.”)

Egy másik helyen House így szól egy páciens apjához: „Könnyű ez, ha nem vacakol vele. Az a jó. Ha az érzelmek miatt cselekednénk ésszerűen, akkor nem hívnánk érzelmeknek, igaz? Ezért van ez a ragyogó munkamegosztásunk. Maga fogja a kezét, én pedig meggyógyítom.”¹ Mintha azt mondaná: a teste az enyém, a többit viheti. A gyógyítást és a lelkizést szigorúan el kell választani.

Az a felfogás, hogy az orvoslás az emberi testtel való foglalkozás, talán azóta megkülönböztető jegye e hivatásnak, mióta kivált a sámánizmusból és a varázslásból. Ez a test azonban a nyugati medicina történetében is az Isten, a lélek, a szellem, a kultúra és más, nem kézzelfogható tényezőkhöz tartozva, azokkal „párbeszédben” vagy azokkal a háttérben jelent meg a *homo medicus* számára. Az a felfogás, hogy a test „mechanikus szerkezet”, amely elválasztható, sőt, elválasztandó a fenti lételemektől, mert azok immár nemcsak feleslegesek a hatásos gyógyítás szempontjából, hanem egyenesen „szennyeznek”, elhomályosítják az orvos tisztánlátását, és eltérítik attól a néhány fontos tényezőtől, amelyekre a betegségek eredete és így kezelése is visszavezethető, csak a modern biomedicina sajátja. Ez a me-

¹ Idézi Rich, L. E., Simmons, J., Adams, D., Thorp, S. és Mink, M.: The afterbirth of the clinic: a foucauldian perspective on „House M.D.” and american medicine in the 21st century in: *Perspectives in biology and medicine* 2 (2008), 220–237. o.

dicina egyedülálló a történelemben, és valójában alternatívája minden más orvosi filozófiának, még a megelőző nyugatiaknak is. Identitásának egyik döntő sajátossága – mint minden modern intézménynek – a tradícióval, beleértve más kultúrák tradícióit is való szembenállása. Ráadásul úgy tűnt, hogy a XIX. század közepén kezdődő sikerei igazolják alternatíváival szembeni arroganciáját. Azonban a modern projektum immár tűnőben lévő fölényes magabiztossága kezdetektől kétségeket és egzisztenciális szorongást takar.

A modern projektum mélyén húzódó mély bizonytalanság egyebek mellett azzal érte el medicináját, hogy az önmagában, természettudományos objektumként létező test felfogása immár tarthatatlanná vált. A betegségek eredete, lefolyása és gyógyítása vagy legalább az általuk okozott szenvedés és fájdalom enyhítése nem lehetséges csupán biológiai síkon. A test nemcsak biológikum, hanem megtestesülése is annak a világnak, amelyben funkcionálni látszik. Ezért léte sohasem pusztán funkcionálás, hanem egy társadalmi és kulturális lény egzisztálása is. A holisztikus vagy biopszichoszociális szemlélet megjelenése és egyre erőteljesebb hangoztatása ennek a folyamatnak a medikális ideológiában való leképeződése.

És mégis, amikor például az amerikai orvosképzés ideológiáját jellemzi e képzés egyik kritikai reflexióra igényes „terméke”, akkor így fogalmaz:

„Az orvosi iskola első két évében megtanulandó hatalmas mennyiségű alap orvostudományi tárgyak mellett az egyik legfontosabb feladat az, hogy a hallgatók megtanuljanak különbséget tenni a »páciens« és a »személy« között. Mindannyian tudjuk, hogy a személy olyan valaki, akinek »Én-sége« van, tudatossággal és szubjektív élménnyel, érték- és céltudattal, mint nekünk. A páciens azonban egy test, amelyben a fájdalom és a betegség élményeit olyan objektív jelenségekként kell felfogni, amelyek a tudomány eszközeivel megfigyelhetők és verifikálhatók.”²

² Abramson, J.: *Overdosed America. The broken promise of american medicine*, New York, 2004, 206. o.

A szerző nem úgy érti, hogy ezt tanítják nyíltan az egyetemi előadásokon, hanem úgy, hogy – ahogy mondani szokták – ez „megy át”, a hallgatók a képzésből ezt az üzenetet veszik, még akkor is, ha a nyílt curriculum tartalmazza a személyességhez tartozó sajátosságok tiszteletét és a gyógyításban betöltött fontos szerepét. Ezért jelenik meg az írás elején tárgyalt példában a hallgató „ösztönös” megfogalmazásában az orvosilag mint pusztán testtel való fizikai bánásmód, és csak reflektált megfogalmazásában kalkulál az úgynevezett humán tényezőkkel. Ha meggondoljuk, akkor a test sohasem csupán test, ha nem gondoljuk meg, hanem beprogramozottan reagálunk, akkor az orvos: testmérnök. Akárcsak dr. House-nál, és a szenvedés más aspektusai más diszciplínákra tartoznak – amelyek azután gyakran játsszák el a bűnbak szerepét. Hiszen nyugodtabb viszonyok között az oktatásban csak jelentéktelen tantárgyakként jelennek meg, feszültebb körülmények között pedig egyenesen problematikusak, amelyek „máságukkal” újra és újra kiprovokálják helyük újragondolását és újraszabályozását. A film sajátos geográfiájában a kevésbé fontos szereplők testesítik meg a biomedicina szempontjából színező vagy díszítő elemekként megjelenő tényezőket, a főszereplő pedig redukcionista ideológiájával szakmai szempontból mindig fölébe kerekedik a „humanitást” meg-megjelenítő beosztottjainak.

Az „orvosilag” körüli zavart egyelőre csak fokozza a hivatalos, nyilvános filozófia és ideológiai váltás és a biomedikális működésmód közötti egyre növekvő feszültség. A kutatási paradigma; a természettudományok működés- és életmódjának intézményes megerősítése és több ponton való kiterjesztése a humaniorák működésére; a hallgatók „kis tudósokká” képzése; a tudományos kutatói életforma és az orvosi hivatás közötti lényeges különbségek „elkenése”, a kutatói életforma, érték- és normarendszer olyan beállítása, mint amely magától értetődően érvényes az ettől lényeges vonásaiban különböző orvosi praxisra is; az orvosi gyakorlatot eluraló hatékonysági és gazdaságossági követelmények; a kvantifikálhatóság és a mérhetőség erőltetése – mindezek a medicina redukcionista aspektusait erősítik és a biomedikális ideológiába zárják az abból már kimozduló nyugati orvoslást.

Az orvosi ideológiák hezitálását jól jelzi, hogy egymás mellett nő fel a kettős vakpróba kísérlet etalonná és a placebo az orvosi gyakorlatot mé-

lyen érintő kutatási témává – az előbbi pedig éppen az utóbbi kiküszöbölésére fogalmazódott meg. A kettős vakpróba egyszerűen szólva azt jelenti, hogy miként lehet a gyógyítás különböző eljárásait a biológiaiin túlmutatató emberi sajátosságok kizárásával vizsgálni. A placebo pedig éppen e sajátosságok „fedő terminusa”, jelenlétük és fontosságuk kissé szégyenlős elismerése. A kettős vakpróba mindaddig nem problematikus, amíg nem keletkezik az a látszat, hogy a gyógyítással kapcsolatos tudás kitüntetetten e módszer révén tárul fel. Ha nem azt sugallja, hogy a placebóval kapcsolatos jelenségek pusztá zavaró tényezői a medicinának, amelyek előbb-utóbb kiválthatók a kettős vakpróbás kísérletek által előállított tudásban. Azaz, hogy a biológiai valaha is feleslegessé teheti az úgynevezett humán aspektusokat; ha a kettő között hierarchia alakul ki, amelyben az előbbi szakmailag fontosabb, mint az utóbbi; ha az „orvosilag” nagyobb affinitást mutat a kettős vakpróba, mint a placebohatás iránt.

Ha immár az orvosi praxist meghatározó külsőbb kulturális mozgásokat vizsgáljuk, akkor ezekben is több olyan tényezőt találunk, amelyek bent tartják a biomedikális attitűdöt a mai orvoslás fősodrában: a modern nyugati ember szinte vallásos technikaimádata, amely ahhoz vezet, hogy az életproblémáira döntően technikai megoldásokat keres, és azokat a tudásformákat preferálja, amelyek a technikai fejlődéshez járulhatnak hozzá; az egyén és testének hangsúlyozása a kulturális, társadalmi tényezőkkel szemben a medicinát is egyéni központúvá teszi, és azt sugallja, hogy ezt az egyént testére fókuszálva, tágabb kontextusainak mellőzésével is sikeresen lehet gyógyítani. A tudományok (science) többek számára szinte vallásótlék jellege pedig úgy hierarchizálja a világot, hogy azok a tényezők a legfontosabbak, amelyek a legjobban kivehetők a tudományok előállította képen, amelyek pedig ezekkel a módszerekkel nem rajzolódnak ki éles kontúrokkal, azok bizonyára nem is olyan fontosak a szenvedő emberi egzisztenciában.

Márpedig a fentebb emlegetett humán aspektusok éppen kívül maradnak az így előállított emberképen. A medicinát egy olyan kultúra működteti, amely maga is egymásnak ellentmondó érték- és normarendszerek szövedéke, ezeknek megfelelő emberképekkel. Így lehet House a biomedicina ideális megtestesülése, ugyanakkor *ember-telen* orvos, és lehet egyszerűen oly módon sikeres, ahogy nem volna szabad sikeresnek lennie.

„A medicinát nem lehet külső története nélkül megérteni. Bárki, aki a biomedicinát valamely hiányossága miatt – és számos van – kritizálja, és meg akarja a dolgokat változtatni vagy egy jobb medicinát szeretne létrehozni, az Don Quijoteként fogja végezni, ha nem veszi figyelembe a kulturális környezetet, vagy a külső történelmet. [...] először, a medicina nem képes megváltozni a világnézet megváltozása nélkül, és másodsor, bizonyos pácienseket nem lehet olyan terápiákkal sikeresen kezelni, amelyeket nem a sajátjuknak érzett világnézet legitimál.”³

A modern medicina egyik legnagyobb rejtélye, de legalábbis kérdése, hogy hivatalos bejelentése után immár negyven évvel, miért nem vált a biopszichoszociális szemléletből uralkodó praxis, és miért van még mindig e szempontból nagy diszkrépancia a tankönyvekben és a hivatalos tananyagban megkövetelt holisztikus-humanisztikus szemlélet és az orvoslás rejtett curriculumban annál hatásosabban jelen lévő redukcionista attitűdje között. A válasz elemeiből persze sokat össze tudunk gereblyézni. Amit azonban nem tudunk, hogy mikor és milyen módon áll elő majd egyszer az a helyzet, amely hasonlatos a *La Mancha lovagja* befejezéséhez, amikor is a Don Quijote értékeit kigúnyoló Aldonzából végül mégis ezen értékekkel azonosul és immár megváltozott Dulcinea válik. Hogy mikor keveredünk ki az „orvosilag” kettős értelméből, és kikeveredünk-e valaha, azt nem tudományos viták döntenek el, hanem olyan kulturális változások, amelyek megengedik a medicinának, hogy felszámolja belső hasadtságát, és békét találjon céljai és életformája között.

³ Bauer, M.: An interview with dr. Paul Unschuld, in: *Acupuncture Today* 7 (2004), 1–6. o. Lásd még ugyanott: „Az orvosok eldönthetik, hogy mik akarnak lenni: szerelők vagy értelmiségiek. A szerelő a testet gépezetnek tekinti, amely időnként javítást igényel. Nem kell sokat tudnia páciensei lelkiállapotáról, és nem nagyon törődik azzal, hogy miért teszi ezt vagy azt. Megtanulta, hogy az egyik beavatkozás kezeli az »A« problémát, egy másik beavatkozás pedig sikeresen gyógyítja a »B« problémát. Az értelmiségi gyógyító egy másik utat követ. Tudni akarja, hogy a biomedicina miért jutott el a betegség eredetének és természetének mai felfogásaihoz, és az ezekből következő terápiás beavatkozásokhoz. Tudni akarja, hogy mi a lényeges különbség a különböző egészségügyi tradíciók között, és szeretne érveket arra (és szeretné hangoztatni is ezeket), hogy miért preferálja az egyik megközelítést a másikkal szemben. Az értelmiségi gyógyító felismerheti, hogy az egyik típusú egészségügy a kliensek bizonyos része számára jó, miközben páciensei egy másik részének lelki alkata másféle terápiás megközelítést igényel.”

A SZEMÉLYTELEN HARMADIK, AVAGY A TRAUMA KULTÚRÁJA

„A mai értékrendszerünkben a genocídium a legrosszabb dolog, amit az egyik embercsoport a másikkal tehet. A gyermek abúzálsa a legrosszabb dolog, amit az egyik ember a másikkal tehet.”

Ian Hacking

„A jogi döntést sohasem szabad összekeverni az igazsággal. Ha hiszünk a gyermekeknek, akkor 95–99%-ban igazunk lesz. Ha tüneteket és szimptomákat akarunk bizonyítékként elfogadni, akkor 70–80%-ban lesz igazunk. Ha orvosi bizonyítékokat igénylünk, akkor 20%-ban lesz igazunk, és ha tanúra várunk, akkor 1%-ban lesz igazunk.”

Lucy Berliner

„Soha sem volt még olyan időszak a történelemben, amikor az emberek olyan sérültnek mutatták volna magukat – harag, agresszió, frusztrált ambíciók, kielégítetlen szükségletek által tépázottnak. Sohasem volt még olyan időszak, amikor az emberek olyan erősen a múltunk áldozataként vagy rabjaként gondoltak volna önmagukra.”

Rosalind Coward

Előadás után, esszé előtt...

Az előadás és a megírt esszé más-más műfaj. A „Miért hagyta, hogy így legyen?” konferenciára ez a gondolatmenet előadás formájában jelent meg.¹ A konferencián tapasztalt reagálások azonban nemcsak a műfaji különbség miatti szükséges változtatások megtételére készítettek, hanem arra is, hogy ezt az „előljáró beszédet” megfogalmazzam.

¹ A tanulmány folyamán hivatkozott konferencia: *Miért hagyta, hogy így legyen? A „harmadik” szerepe a pszichés trauma kialakulásában.* A Ferenczi Sándor Egyesület 10. jubileumi nemzetközi konferenciája, 2004. június 18–19, Budapest.

Az előadás – úgy tűnt fel – néhány résztvevőből imitt-amott komoly indulatokat váltott ki. Anélkül, hogy „vad analízisbe” bocsátkoznék, annyi azért megállapítható volt, hogy a hozzászólások egy része ugyan nem érintette a fő mondanivalót, de nagy vehemenciával kezelte a részkérdéseket. Az indulatokat tapasztalva mégis az a gyanú támadt bennem, hogy talán mégis a fő kérdésekkel van a baj. A mondandó esetleg olyan érzékeny pontokat talált el, amelyek még a vélemények megfogalmazói számára sem voltak tudatosan-világosak? Ha ez a helyzet, akkor egy írott változatban még szükségesebb a főbb tézisek világos körvonalazása. Egy filozófiai szöveg esetében egyébként az argumentumok heves vitatása teljesen helyénvaló, hiszen ha jól teszi a dolgát, akkor a hallgatóság témát illető alapvető elméleti – olykor egzisztenciális – vonatkoztatási pontját kérdőjelezi meg, helyezi új megvilágításba. A filozófus szempontjából nézeteinek népszerűsége az esetek jelentős részében inkább szakmai kudarc, mint siker. (Talán mondani sem kell, hogy a közönségből kiváltott ellenindulat önmagában persze nem mércéje a gondolatok helyességének.)

Azt hiszem, hogy ezeket az érzelmi reakciókat főként az váltotta ki, hogy nem „jó ütemben” találta el a közönség egy részét. A konferencia több résztvevője talán – a szó jó értelmébe vett – ünneplésére készült annak a fejleménynek, hogy a lelki trauma és a környezet ebben játszott szerepe immár a legitim társadalmi diskurzusok közé került, és többé nem kell – legalábbis széleskörű – elhallgatással, elfojtással számolni ezzel kapcsolatban. És ma már nemigen kényszerül Ferenczi Sándor módjára „poklot járni” az, aki a trauma realitása mellett áll ki. Az ilyen történelmi pillanat a trauma társadalmi realitása és az áldozatok emancipációjáért küzdő szakmai közösség számára magától értetődő módon és joggal ünnepi, egy hosszú küzdelem szakaszhatára. (Ez akkor is így van, ha tudjuk, hogy az ilyen fajta beteljesedtség-élmény mindig illúziókat is magában hordoz, és hajlamossá tesz a társadalmi jelenségek – a pszichoanalízis iránt érdeklődők számára egyébként magától értetődő – összetettségének elhalványítására). Előadásommal olyasféle szerepbe kerültem (hoztam magam), mint amikor valaki egy házavatón a pohárköszöntő után megemlíti a földrengések és a hurrikánok az új házra nézve pusztító lehetőségét, és arra céloz, hogy az ingatlanadót pedig ne felejtsek el haladéktalanul befizetni. Nem is szólva

arról, hogy az új ház ma divatosnak tetsző architektúrája talán holnapra már el is avulhat.

A vehemens reakciókból, és a „folyosói megjegyzésekből” az a benyomás támadt bennem, hogy az előadásom némelyek számára úgy tűnt fel, mint amely ennek az emancipatorikus sikernek az élményét akarja elvenni azzal, hogy a „trauma-kultusszal” összefüggésben talán visszazuhan egy preferenciánus szintre, ahol magának a traumatikus élményeknek a valóságossága kérdőjeleződik meg. (Volt, aki felszólított, hogy foglaljak állást ebben a kérdésben. Akkor értettem meg, hogy van, akinek a számára az előadás – ráadásul talán nem is nyílt módon – a régi Freud–Ferenczi vitához szól hozzá, persze aktualizált módon.)

Minthogy ez a félreértés nagyban lerontja mondanivalóm szándékaim szerinti értelmezési lehetőségeit, ezért már most szeretném leszögezni, hogy szó sincs a traumaélmények elvalótlanításáról.

Arra akartam felhívni a figyelmet, hogy a traumaelmélet köré olyan kulturális aura vonódott, amely a traumát egy nagyrészt értelem nélküli világban értelemadási lehetőségként, egy értelmes vagy értelmessé tehető élettörténet kulcsmozzanataként fogja fel. Ez a poszttraumatikus identitás éppen egy identitásínséges korban felettebb népszerűvé vált és válik a nyugati féltekén. A traumatizáltság iránti vágy pedig eszerint értelmezi át az élettörténetet, amely immár új módon veti fel a csábítást és erőszakot illető Freud–Ferenczi vitát. Úgy tűnik fel, hogy senki sem szeretne erőszak áldozatául esni, de sokan szeretnék utólag erőszakot elsenvedettnek láttatni magukat önmaguk és környezetük előtt. (Természetesen ez a viselkedés éppen annyira szándékos és tudatos, mint a hisztériás hazugsága volt annak idején.) Ez a – ha úgy tetszik – fantázia kulturális értelemben már sokkal mélyebb, mint az a csábítási fantázia volt, amelyre hivatkozva Freud eredeti reális abúzuson alapuló elméletét megváltoztatta. Az a fantázia „csak” a nő–férfi, tudós-tudomány problémát érintette, de a mai traumatizáltság iránti vágyfantázia a nyugati ember legmélyebb ontológiai bizonytalanságára reflektál: az élet nem ilyen vagy olyan aspektusának jelentése, hanem általában vett értelme a tét. Persze a férfi–nő viszony, a nők társadalmi és családi szerepeinek változása is éppen elég mélyen érintette a XIX. század végi Nyugatot, de még így sem mérhető az emberi létezés

nyugati civilizációbeli értelmességének problematikájához – és a kortárs trauma-kultusz éppen ezt feszegeti.

Ebben a kontextusban gyanítható, hogy Ferenczi traumafelfogása nem pusztán intellektuális ereje miatt győzedelmeskedett a freudi – sohasem kizárólagos – fantáziabeli abúzus felfogása felett, hanem mert eltalált egy kulturális hiányt, és úgy tűnik, hogy mindezidáig az egyik legsikeresebb jelentkező e hiány betöltésére. Sőt, valószínűleg arról van szó – mint annyi más esetben a nagy elméletekkel kapcsolatban –, hogy nem Ferenczi elmélete győzedelmeskedett a társadalmi szintéren, szerzett intellektuális-tudományos argumentumai miatt tömegesen híveket magának, hanem – bonyolult kulturális folyamatok eredőjeként – a szakmai és a tájékozott laikus felfogás „érte utol” Ferenczit, aki vagy ötven évvel megelőzte korát ebben a kérdésben. Az új helyzet egy „trauma vagy inkább traumatizáltság túlermelési válsághoz” vezet(ett), amely a hiteltelenítés árnyékát veti a valóságos abúzusokra és traumákra is: ha hirtelen túl sokan tekintik önmagukat trauma áldozatainak, akkor honnan tudjuk, hogy melyek a reális traumák és melyek a konstruáltak? Honnan tudjuk, hogy mi számít traumának? És kinek van joga kijelenteni, hogy ez vagy az az élmény trauma-e vagy sem? Mert hol vagyunk már a *Nyelvzavarban* leírt klasszikus trauma-helyzettől?! Manapság megjelent a „*second hand* sokk” is: valaki hall valakitől egy traumatikus élményről, és ez traumatizálja őt magát is.² Ma már nem kell megerősöskölni egy gyermeket, ahhoz hogy traumatizálttá váljon, elegendő, ha a felnőtt „verbális agressziót” követ el, indulatosan reagál, már is kész a trauma-helyzet. Jószérivel minden, ami kellemetlen élmény számba megy, a siker esélyével indul a traumává minősítés procedúrájában, azaz traumává képes válni, még inkább értelmeződni.

Alfred Hitchcock filmjében, a *Marnie*-ban a freudi ihletésű katarzis-technikán alapuló jelenet során a traumát elszenvedett lány anyja azt mondja, hogy azt hitte, ha a gyermek elfelejti annak az éjszakának az emlékét, akkor az az Isten megbocsátásának a jele, és „kaptam egy újabb esélyt, hogy *minden megváltozzon*”. Lehetséges lenne, hogy a mai kulturális trend ezt úgy írja át, hogy egy sorsával elégedetlen felnőttek a múltjában traumát

² Summerfield, D.: The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category, in: *British Medical Journal* 7278 (2001), 95–98. o.

kell találnia ahhoz, hogy „új életet kezdhessen”, mert a traumánál gyengébb esemény már nem kecsegtet a remélt fordulat bekövetkezésével; a trauma-felejtés és -tagadás korszaka után nemcsak a reális traumák elismerésének korába léptünk volna, hanem mindjárt a trauma-kreálás, a trauma iránti vágy időszakát is éljük; a trauma-találás adna reményt arra, hogy „minden megváltozzon”?

Ennek a trauma körüli kortárs bizonytalanságnak néhány aspektusát szándékoztam előadásomban bemutatni. Ezzel valószínűleg nem fokoztam az ünnepi hangulatot, de a filozófia hivatásának megfelelően, talán a reflexiót kikövetelő kétely magvait sikerült elhintenem. Az már a hallgatóság – és most az olvasó – dolga, hogy ezt indulatos gesztussal elutasítja vagy továbbgondolásra méltónak találja.

Trauma mindenütt...

A címben jelzett személytelenség semmiképpen sem jelent semlegességet, indifferenciát. A traumát rendszerint úgy képzeljük el, mint egy kétszemélyes jelenetet: brutális felnőtt gyermeket erőszakol meg, férj veri a feleségét. Olyan, mintha csak ketten lennének a színen. Mert persze minden titokban, mások szemétől elzártan történik. Hiszen itt bűncselekményről van szó. Jobb, ha nincsenek tanúk...

De már a háború³ vagy a koncentrációs tábor nyilvánvalóan nem kétszemélyes traumák színhelyei. Gyakran vannak jelen olyan személyek, akik így vagy úgy asszisztálnak a jelenethez. Sőt, mintha itt a rendszer is benyomulna képbe. Mi több, el is orozza a főszerepet. A háború az háború – szoktuk bölcsen mondani. A holokauszt pedig a megtestesült rendszer-specifikum. Ekképpen az erőszakos jelenetek személyessége az utókor számára talán már nem is olyan fontos. Csak illusztrációt jelent egy rendszer működéséhez.

De a mai mindennapi traumák nem tűnnek „rendszerleplezőknek”, a személyességük teljes erővel uralhatja a színpadot. Persze a társadalmi in-

³ Ne feledjük, hogy a traumatéma „népszerűségét” jelentős részben éppen a vietnami háború utóéletéhez kötődő „poszttraumás stressz zavarok” (PTSD) köszönheti.

tézményeket gyakran vizsgálják és kritizálják nem megfelelő viselkedésükért: mert nem voltak képesek megakadályozni az abúzust, sem megfelelően kezelni, sem az áldozatnak utólagos támogatást nyújtani. Vagy, ha időnként mégis, akkor abból ritkán születnek TV-riportok...

Jelen esszé megközelítésmódja különbözik a fentiektől. Sem a személyesség idioszinkráziáját, sem a politikai vagy intézményi rendszerek mechanikus elvontságát nem követi. A trauma jelenségének vizsgálata ezúttal elemelkedik a személyességtől, de még a társadalmi intézmények szintjétől is, és meg sem állunk a kultúra „magasságáig”. Ez a „magasság” nem jelent azonban valamiféle térben kifejezett hierarchiát. Inkább csak azt, hogy magában foglalja mind a két másik megközelítést is, remélhetőleg anélkül azonban, hogy azok – a kulturális szint szempontjából – szélsőséges pontjait elérné: sem személyes, sem túlzottan absztrakt nem lesz.

Ebből a szempontból a trauma jelensége mintegy meghasad: mert egy dolog egy abúzus-jelenet, egy terápiában történő trauma-beszámoló, és más dolog a trauma mint kulturális toposz, mint általános magyarázó elv, a társadalmi létezés egyik fő kortárs metaforája. Amint ez utóbbi megszületik, azonnal önálló szereplőként lép a kulturális-társadalmi színtérre, és átrendezi azt.⁴ Felkínál ugyanis egy narratíva-formát, amely mintegy ön-életrajzi nyomtatványként kezd el működni, amelyben csak személyes adatokkal kell feltölteni az előre megszerkesztett rubrikákat. Megjelenésével az addig rendszertelenül megjelenő trauma-esetek egységes, általános struktúrát kapnak. Így a trauma általános narratívája *a priori* felkínálja magát az addig szétszórt, értelmezhetetlen, töredékes élettörténet megfogalmazására. Egységet és rendet visz az addig érthetetlenbe. Mintha a kulturális közeg arra szólítana fel: „Ha fontos, sőt alapvető problémáid vannak életedben, akkor próbáld meg traumatizáltnak látni önmagad, hátha így minden más színben tűnik fel, életed folyása érthetőbbé válik! Ha életedbe jó fordulatot akarsz vinni, akkor keress egy korábbi rosszat, amely jelentőségében és hatásában az általad vágyott változással összevethető, sőt éppen az idézte elő azt a konstellációt, amelyen most változtatni akarsz!”

⁴ „A gyermek-abúzus interaktív fajta. Az interaktív fajták interakcióba kerülnek az emberekkel és viselkedésükkel. [...] Az élményeket nem csak újra írják, hanem újra is érzik.” Hacking, I.: *Social construction of what?*, Cambridge (MA)–London, 2001, 130. o.

Jól jelzi ezt a fordulatot a Freud korabeli és a mai helyzet különbsége: Katharina esetében még a páciens számára is az újdonság erejével hat, hogy Freud tüneteit traumás eredetre vezeti vissza,⁵ manapság pedig már gyakran halljuk a lelki problémákkal küszködő emberektől, hogy „Biztos valami történt gyermekkoromban, ami megmagyarázza, hogy miért lettem ilyen, hogyan kerültem ilyen helyzetbe...”

Az az attitűd, hogy jelenbeli rossz helyzetünket a múlt egy szörnyűsége, de nem tudott eseménye magyarázza, szinte „kulturális ösztönünké” vált. A mi kultúránkban e két kifejezés – a kultúra és az ösztön – különböző, sőt ellentétes világokhoz tartoznak. Éppen ezért különösen erős lehet az a hangoltság, amely a kettőt össze tudja kapcsolni. A trauma-narratíva éppen ilyen: nyilvánvalóan a késő modern kultúra alkotása, de abban szinte ösztönszerűen működik.

A gyermek-abúzus az előbbieket szerint interaktív fajta.⁶ Befolyásolja, hogyan tekintünk önmagunkra, kultúránkra. Ráadásul az utóbbi néhány évtizedben kiemelkedő fontosságúvá vált a nyugati kultúrában.⁷ Ily módon a trauma mélyen kulturális jelenség, mert interpretációt von maga után, kényszerít ki.⁸ Ezt talán legnyíltabban először – más érdemei mellett – Ferenczi elmélete mondja ki. A Ferenczi-féle nyelvzavar, másként fogalmazva a jelentés zavara, az abúzált gyermek egy számára értelmetlen világban találja magát, és éppen ez az értelemvesztettség az, amely új világának legfőbb sajátossága. De az értelmetlen világ élhetetlen világ is egyben. Éppen ezért otthonosság tételének legfőbb követelménye egy új értelem megalkotása. A pszichoanalízis freudi, de még inkább Ferenczi-féle formájában, az értelemadásban elakadt személyt segítő technika egy többé-kevésbé koherens élet-narratíva megalkotására. Max Scheler a pszichoanalízis jelentőségének ér-

⁵ Freud, S.: Katharina..., in: *Sigmund Freud művei*, 7. kötet, A Farkasember, Budapest, 1998, 17–28. o.

⁶ Hacking 2001, 130–131. o.

⁷ Vö.: „Az abúzus témája az egyik meghatározó jegyév vált a mai nyugati kultúrának.” Furedi, F.: *Culture of fear. Risk-taking and the morality of low expectation*, London–Washington, 1997, 76. o.

⁸ „Akárhogy legyen is a fizikai fájdalommal, a trauma azonkívül még pszichokulturális is, mert a sérülés maga után vonja a sérülés interpretációját.” Farrell, K.: *Post-traumatic culture. Injury and interpretation in the nineties*, Baltimore–London, 1998, 7. o.

tékelésekor pontosan ezt a mozzanatot emeli ki: „...a nyugati ember az elmúlt évszázadok során az ismert emberi történelem minden más teremtményével szemben, majdnem teljesen figyelmen kívül hagyta és elfelejtette, hogyan uralja saját *szelfjét*, *belső* életét, sőt mi több, *szisztematikus* és *vitális* technikák révén megvalósuló *szelf-reprodukcióját*. [...] A nyugati ember csak etikai és nem *szisztematikus*, önfejlesztő *pszichés technika* formájában ismeri ezt a *belső művészetet*.”⁹ Scheler azt a reményét fejezi ki, hogy az ázsiai kultúra elkerülhetetlen európaizációja az előbbi pszichés technikáinak szisztematikus átvételével egészül ki. Megállapítja, hogy ez eddig csak álom maradt, de manapság vannak biztató kezdeményezések. Ezek között említi meg példaként az antropozófiai mozgalmat, a Christian Science-mozgalmat, valamint Freud és Adler pszichoanalitikus „köreit”.

Schelernek ez a pszichoanalízis jelentőségét kiemelő koncepciója még hangsúlyosabban jelenik meg a pszichoterápiák két típusának megkülönböztetésében. „Az egyiket ezek közül léleksebészetnek lehet nevezni. E szerint a felfogás szerint a pszichoterápia használata a páciens pszichés élményeibe való (bármilyen módú) beavatkozást jelenti bizonyos célok elérése érdekében. Ennek a beavatkozásnak a végső célja az, hogy ezeket az élményeket a normalitásba kényszerítse vissza. [...] A másodikat pszichoanalitikusnak vagy inkább »szókratikus« felfogásnak nevezhetjük. [...] E szerint a felfogás szerint, a pszichoterápia végső célja az, hogy a páciens a saját magába való *belátásra*, különösen saját valóságos múltjának élményeihez vezesse, vagy hogy megszabadítsa őt az öncsalástól. [...] Ennek a terápiás ideálnak az elméleti háttere az az elképzelés, hogy az egyik fajta »elmebetegség« nem az elmefolyamatok tartalmában és lefolyásában gyökerezik, hanem csak abban, ahogyan ezeket megragadják, elnyomják, vagy értelmet adnak nekik, interpretálják és megítélik azokat a *belső és szelf-percepció* funkcióiban. Más szavakkal, az elmebetegségnek ez a formája a folyamatok iránti attitűdünkben gyökerezik, és abban, ahogyan ezeket tudomásul vesszük. [...] a szókratikus pszichoterapeuta nem tudja, de nem is akarja bírálni páciense életének tartalmát, erkölcsileg vagy más módon. Nem próbálja megváltoztatni, mint a tolakodó és cinikus spirituális orvos

⁹ Scheler, M.: *Problems of a sociology of knowledge*, London–Boston–Henley, 1980, 139. o.

vagy prédikátor, de nem próbál valamilyen más irányt sem adni neki, mint ami abból fakad. Egyedüli célja, hogy rávegye a páciens arra, hogy lássa és megvizsgálja életének tartalmát, amennyire csak lehetséges a teljességre törekedve. Amit a páciens azután a saját életével művel, az az ő dolga (vagy etikai kérdés), és nem az orvosé. A pszichoterápia nem változtathatja meg az élet tartalmát vagy értékét. Csak azt változtathatja meg, amit és ahogy a páciens felfog, megért, és azt, ahogyan ezt teszi. Ez a második terápiás ideál figyelemre méltóan szerényebb, mint a léleksebész ideálja. A szókratikus *tartózkodás* jellemzi, szemben a »sebész« cinikus betolakodásával más emberek életvezetésébe.”¹⁰

A pszichoanalízis ezek szerint nem tudja meg nem törtéنتté tenni a traumát, nem képes „kioperálni” a páciens lelkéből. Ezzel szemben új értelmet adhat neki azzal, hogy – mindenekelőtt – elismeri létét, ezzel a páciens életének a korábbi autobiográfiától radikálisan eltérő értelmezését teszi lehetővé.

Ferenczi traumafelfogása a kulturális eredet szempontjából azért is fontos, mert szemben – az általánosan elterjedt nézetekkel – a traumát valójában megkülönbözteti az abúzustól. (A *Volkpsychologie*-től való eltérés csak ahhoz fogható, ahogy Freud szexualitás-elméletét elhatárolja a közkeletű nézetektől.) Az abúzus csak akkor válik traumatikussá, ha a gyermek környezete elutasítván, letagadván annak élményét, a korábbi gyermeki gyengédség és a potenciálisan új felnőtt szenvedély világa közötti „senki földjén” hagyja a gyermeket, mintegy megkövesítve az abúzus alatti pszichotikus állapot értelmetlenségét. Ennek a lehasadt én-résznek az állandó jelenléte tartja részleges értelmetlenségben a későbbi felnőtt életét. Ferenczi azt hangsúlyozza – megint csak szemben a közkeletű vélekedésekkel –, hogy az értelem helyreállításának legfőbb eszköze azonban nem az intellektuális vagy kognitív képességek használata, hanem az érzelmi támogatás. Ezért a felvilágosodás racionális hagyományának szempontjából némiképp paradox módon a személyes élet értelmét érzelmi megalapozottságúnak fogta fel.¹¹

¹⁰ Scheler, M.: The idols of self-knowledge, in: *Selected philosophical essays*, Evanston, 1973, 9–12. o.

¹¹ Az már egy külön kérdés, hogy az értelemkeresés és -találás praxisa felfogható-e gyógyításként és beleillik-e az úgynevezett medikális terápia fogalmába. Ez külön tanul-

Ezért, még ha valaki hajlana is arra, hogy – feltéve, de meg nem engedve – az abúzus hatását valamilyen tisztán biológiai vagy természetinek fogja fel, nagyon nehéz lenne amellet érvelnie, hogy az abúzustól a traumáig terjedő periódus nem keresztül-kasul kulturális-társadalmi alkotás. A kultúra harmadikként főszereplője a trauma előállításának.¹²

Ennek a szempontnak az érvényesítése egyebek között a következő kérdéseket veheti fel a trauma kulturális konstrukciójával kapcsolatban:

Milyen kulturális tényezők teszik a traumát általános magyarázó elvvé, amely magyarázatot ad az egyéni és a társadalmi-kulturális jelenségek egész hálózatára? Érvényes kategória-e a PTSD és a benne megnyilvánuló megközelítés a nyugati kultúrán kívül? Hogyan asszisztál mint toposz a konkrét traumaélményekhez? Mitől lesz ez olyan népszerű probléma? Milyen társadalmi-kulturális problémák kihordását segíti a trauma- és az abúzus-téma? Miért fertőző? Miért tűnik fel úgy, hogy járványosan terjed a nyugati civilizációban? Miért nem lehet ugyanakkor zöld ágra vergődni abban, hogy növekszik-e vagy csökken száma és elterjedtsége?

Egyfelől, figyelemre méltó, hogy egyre több élményt von a hatósugara alá. A gyermekek elleni verbális agressziótól a sátánista rituálékon keresztül az ufók általi elrablásig. Másfelől, ritkábbnak is látszik, mint korábbi történelmi időszakokban. Van, aki szerint éppen megritkulása vonta be a

mányt igénylő probléma. Pusztá felvetéseként annyi azért talán kijelenthető, hogy a tradicionális medicinának inherens része volt a tüneteknek és a betegségnek az egyén és a közösség élete potenciálisan értelmes mozzanataként való felfogása, és a praxis részben az értelem időleges rejtettségét tekintette a betegség okának, amelyet a tünetek jelentésének megtalálásával lehet felszámolni.

A modern medicina technikai sikereit részben éppen annak köszönheti, hogy az értelemvesztettséget kizárta a betegség keltőinek sorából, és a kór általános természeti ókság alá helyezésével feleslegessé tette annak az egyén értelmes életégszébe való helyezését. Az értelemkeresés értelmének elvesztésével a modern medicina a pszichoanalízist idegenszerűként tudja csak felfogni a saját felségterületén.

¹² Ez legnyilvánvalóbban az úgynevezett kultúráközi összehasonlításokban mutatkozik meg. Vö. „Ha a kontextuális kérdések nem marginálisak, hanem központi jelentőségük van a trauma megélésében, akkor a terápiás fókuszot meg kell változtatni: az individuális terápiáról a támogató környezet kifejlesztése felé. Ha az értelemvesztésnek kulturális dimenziója van, akkor nem annyira a távolságtartó reflexió révén kell az individuális elmék tartalmairól gondolkodnunk, mint inkább azon életmódok helyreállításával kell törődnünk, amelyek az egyéneket a túlélésben segítik.” Bracken, P. J.: Post-modernity and post-traumatic stress disorder, in: *Social Science and Medicine* 6 (2001), 733–743. o.

társadalmi diskurzusok körébe: „És talán nem is lett gyakoribb, mint korábbi időszakokban volt. Hanem ellenkezőleg, csak az utóbbi időben vált eléggé kivételessé (*uncommon*) ahhoz, hogy ne tekintsük normálisnak. [...] Csak ebben az évszázadban, az elmúlt ötven évben következett be az, hogy az ember indokoltan remélheti, hogy pszichológiai trauma nélküli életet élhet.”¹³

De nem csak abban nem jutnak dűlőre a vitakozók, hogy a traumatizáltság milyen mértékben van jelen a nyugati világ tájképén, hanem még mindig vitatott az is, hogy a reminiscenciák¹⁴ traumaképzők lehetnek-e vagy sem.¹⁵

Illusztrációk

Az előbbi problémák a trauma-téma erősen kulturális „terheltségére” mutatnak rá, ugyanakkor egyértelmű megválaszolatlanságuk jól tükrözi az éppen a posztmodern kultúrára jellemző megközelítési módok sokszínűségét. A trauma-téma mindenütt jelenvalóságát, átfogó és meghatározó jelenlétét természetesen nem tudjuk a szó szigorú értelmében bizonyítani,

¹³ Emmett, E.: *The Raven's Return. The Influence of Psychological Trauma on Individuals and Culture*, Wilmette, 1993, 122. o.

¹⁴ Vö. „A hisztériások főként reminiscenciáktól szenvednek.” Freud, S. és Breuer, J.: *Studies on hysteria*, Harmondsworth, 1974, 58. o.

¹⁵ Feltűnő a különbség a kísérleti pszichológia és a klinikai pszichológia álláspontja között. Míg az előbbi számára a Freud–Ferenci modellben lévő „nem emlékezett emlékek” nem létező kategóriák, addig az utóbbi számára ezek a terápiás megközelítés elengedhetetlen összetevői. Vö. „A kísérleti pszichológusok és mások, akik az emlékezet hibáit keresik – és olyan módszereket és stratégiákat találnak ki, amelyek ilyen produkálnak – hajlamosak az emlékezetet alakíthatónak találni. Másrésztől, a klinikai terapeuták és mások, akik önéletrajzi igazságokat keresnek – és olyan módszereket és stratégiákat találnak ki, amelyek ilyen produkálnak – hajlamosak az emlékezetet megbízhatónak találni.” Park, S. M.: False memory syndrome. A feminist philosophical approach, in: *Hypathia* 2 (1997), 1–50. o. Továbbá: „A valóságos előnyöket nem lehet elválasztani az igazi kockázatoktól. És gondolkodásunknak nyitottnak kell lennie az előtt a lehetőség előtt, hogy az a történet, amelyet a páciens múltjában helyeztünk el, ehelyett inkább az analitikus jelenben gyökerezik, és inkább tőlünk származik, mint tőlük.” Brenneis, C. B.: Evaluating the evidence. Can we find authentic recovered memory?, in: *Psychoanalytic Psychology* 1 (2000), 61–77. o.

mert akkor minden megnyilvánulását fel kellene mutatnunk, ami nyilván lehetetlen – vagy legalábbis faktuális bizonyítékokkal kellene érvelnünk a fenti kérdések ilyen vagy olyan irányú eldöntése mellett. De, ha ezt mások sem tudták megtenni, akkor egy filozófiai esszé végképp alkalmatlan erre a feladatra.

Az alábbi esetek ezért csak illusztrációk, amelyek ebben a szerepükben azt szolgálják, hogy a kultúra különböző szintjein mutassanak rá a trauma-téma mély befolyására, egyúttal számos problémát felmutató mivoltára és jelenlétének egy-egy fontos aspektusára. A válogatás – talán mondani sem kell – a szerző önkényes eljárásának eredménye. És az olvasó felvetheti, hogy nem gyakori, nem általános jelenségeket mutatnak be, hogy szélsőséges példaként nem tükrözik a társadalmi vagy szakmai valóságot. Mégis – úgy vélem –, ha valaki elgondolkodik ezeken a történeteken, akkor rá fog jönni, hogy milyen mélyen ágyazódnak a nyugati kultúra szövetébe, és rendkívüliségükben, meghökkentő mivoltuk ellenére – vagy talán éppen ezért – jól szolgálhatják az illusztráció funkcióját.

1. A traumatikus kultúra – avagy trauma a múltunk és trauma a jövőnk

Azt állítottuk, hogy a trauma témája nem egyszerűen csak imitt-amott felbukkanó jelensége a XX. század végi nyugati kultúrának, hanem egyik legfontosabb narratívájává lépett elő.

A traumának az egész nyugati kultúrát átfogó jelenlétét fogalmazza meg Leonard Cohen egyik dala, amely nem pusztán poszttraumatikusnak mutatja be civilizációinkat, hanem a jövőt egyetlen nagy trauma-folyamként ábrázolja.¹⁶

¹⁶ A konferencián az úgynevezett könnyű műfaj képviselőjeként mutattam be Cohen alkotását, amely a résztvevők egy részéből ellenérzéseket váltott ki, mondván Cohen szövegei igazi költemények és nem holmi slágeres dalszövegek. Egyetértek ezzel a megállapítással. Éppen azért választottam éppen ezt a dalt illusztrációnak, mert szövege magas színvonalú. Ugyanakkor mégis ragaszkodnom kell ahhoz, hogy – noha ez nem olyan lényeges – mégiscsak a könnyű zene kategóriájába szokták sorolni az ilyen dalokat. Továbbá meg kell jegyezmem, hogy a szöveg fordítása – ha létezik egyáltalán ilyen – szó szerinti. Ezt azért fontos megjegyezni, mert volt, aki hiányolta a fordításból az iróniát. Ezzel nemcsak azért nem szolgálhatok, mert határozottan nem törtem műfordítói babé-

A JÖVŐ

Add vissza törött éjem
tükrös szobám, titkos életem
olyan magányos itt,
senki sem maradt, hogy kínozzam,
Adj nekem abszolút hatalmat
minden élő lélek felett
És feküdj mellém, kedves,
Ez parancs! Adj cracket és anális szexet
Tépd ki az egyetlen megmaradt fát
és tömd be vele a lyukat kultúrádban
Add vissza nekem a Berlini Falat
Add vissza Sztálint és Szt. Pált
Láttam a jövőt, testvér:
Gyilkosság.
A dolgok szétcsúsznak, szétcsúsznak minden irányban
Semmi nem marad
Semmi, ami mértéket jelenthetne
A fürgeteg, a világ fürgetege
átlépte a küszöböt
és felforgatta
a lélek rendjét
Amikor azt mondták ÉREZZ BŰNBÁNATOT
kíváncsi vagyok, mit értettek ezen
Nem ismeresz a fecsegésből
sohasem fogsz, sohasem ismertél
Én vagyok az a kis zsidó,
aki a Bibliát írta
Láttam a nemzeteket felemelkedni és lehanyatlani

rokra, hanem mert többekkel együtt úgy vélem, hogy nem ironikus szöveggént is el lehet olvasni. Ebből a szempontból – teljes inkompetenciám miatt is – semmiképpen sem szeretnék az irodalomtudomány felségterületére tévedni. Célom nem más a Cohen-dallal, mint annak illusztrálása, hogy az úgynevezett populáris műfajban (noha annak színvonalas formájában) hogyan jelenik meg a trauma témája.

Hallottam a történeteiket, hallottam mindet
de a szeretet a túlélés egyetlen hajtóereje
Szolgád itt van,
azt mondták neki, hogy tisztán és hűvösen mondja ki:
Vége van, nem megy tovább
És most a menny kerekei megállnak
érzed az ördög lovagló pálcáját
Légy kész a jövőre:
Gyilkosság. A dolgok szétcsúsznak...
Az ősi nyugati kód össze fog törni
Magánéleted hirtelen fel fog robbanni
Fantomok lesznek
Tüzek lesznek az úton
és a fehér ember táncol
Látod majd asszonyod
fejjel lefelé felakasztva
vonásait leomló ruhája borítja
és az összes tetves kis költő rászéd
megpróbálva azt a benyomást kelteni,
mint Charlie Manson
és a fehér ember táncol
Add vissza a Berlini Falat
Add nekem Sztálint és Szt. Pált
Add nekem Krisztust
vagy add nekem Hirosimát
Most pusztíts el egy újabb magzatot
Különben sem szeretjük a gyermekeket
Láttam a jövőt, kicsim:
Gyilkosság
A dolgok szétcsúsznak, szétcsúsznak minden irányban
Semmi nem marad
Semmi, ami mértéket jelenthetne
A förgeteg, a világ förgetege
átlépte a küszöböt
és felforgatta

a lélek rendjét

Amikor azt mondták ÉREZZ BŰNBÁNATOT

kíváncsi vagyok, mit értettek ezen.¹⁷

A szeretetről szóló, meglehetősen közhelyesnek tűnő (talán ez ironikus mozzanat) sort leszámítva, egyetlen hatalmas szorongásfolyam az egész vers, amely villódzó, szörnyűségeket fokozó képeinek „mögöttesét” a ref-rén értelemvesztettségre vonatkozó sorai adják: a dolgok addigi rendje felborul, a mérték és az értelem eltűnik. Már a bűnbánatnak sincs értelme, mert nincs jó és rossz. Milyen különös, hogy Ferenczi a traumatizált gyermek egyik fő lelki sajátosságaként az azonosulás az agresszonnal mechanizmust és az ennek következtében beépített büntudatot nevezi meg. A coheni kép arra utal, hogy a büntudat és a bűnbánat legalább valamilyen összefogó erőt jelent a sérült személy számára. És bármilyen negatív, szenvedést okozó érzésként, sőt karaktervonásként élje is meg, hiánya a teljes értelemvesztettség még szörnyűbb állapotát idézi elő.

A kilencvenes évek századvég-korszakvég hangulata jól tükröződik azokban a képekben, amelyek a zsidó-keresztény és buddhista kultúra témáiból gyúródtak össze: a múlt traumái a jövő traumatikus mivoltát vetik előre.

2. A trauma definíciójának nehézségei – avagy miből lesz trauma?

Az úgynevezett „Letourneau-eset”

Egy amerikai kiváló általános iskolai tanárnő („*superteacher*” bizonyos Mary Kay Letourneau), négygyermekes családanya – hivatalos megfogalmazásban – abúzust követett el 13 éves diákja ellen.

Az eset rendkívüli mértékben megosztotta az amerikai közvéleményt. E megosztottság három narratívában tükröződik. Az első szerint – és ezt osztja a két főszereplő is – a kulcsszó a szerelem. Két ember egymásba szeretett, és noha nagyon eltérő korúak, egy szabad társadalom nem állhat-

¹⁷ Jelen szöveg a szerzőnek a tanulmány céljára készült fordítása.

ja útját az erotikus szerelemnek, amelyben a vágy és a választás szabadsága nyilvánul meg. A „szerelem jogához” képest minden más szempont el-törpül.

A második narratíva a jogi álláspontot fogalmazza meg. Eszerint bármi legyen is a *liaison*ban részvevő tanárnő motivációja, valójában nemi erőszakot követett el egy kiskorú ellen. Ennek megfelelően szexuális bűnelkövetőnek kell tekinteni, és el kell nyernie méltó börtönbüntetését.

A harmadik narratíva egyik medikális ágazat, a pszichiátria szempont-ját fogalmazza meg, amikor *ezt* a szerelmet a bipoláris elmezavar egyik esetének fogja fel, és gyógykezelést javasol. Ez ugyan nem tenné meg nem történtté az eddigieket, de sikere esetén az immár gyógyult nő nem követ-ne el több ilyen bűncselekményt.¹⁸

A Letourneau-eset élesen világít rá az abúzus és a trauma meghatározá-sának kulturális bizonytalanságaira. A jog azt állítja, hogy itt szexuális erőszak történt, amely a nyugati hagyományban a legalkalmasabb a trau-matizált személyiség „előállítására”, míg mások a szerelem jogára hivat-koznak. A szerelem pedig szemben a traumával éppen nem a személyiség „leépítését”, ellenkezőleg felépítését szolgálja. Ez pedig különös módon az egyik legerősebb szabadság megvalósítást jelenti, hiszen a szerelem az egyén érzelmi szabadságát testesíti meg az érdekházassággal, a szülők és a társadalmi intézmények hatalmával szemben. Nem világos tehát, hogy ez a „deviáns kapcsolat” a trauma mint a személyiség fejlődését súlyosan akadályozó, azt lehetetlenné tevő értelmezés vagy a szerelem mint a sze-mélyiség önmegvalósítását érvényesítő interpretáció felé mozdul-e.

A történet élesen világít rá a trauma mibenlétének bizonytalanságaira, arra, hogy az eredetileg tudományosnak tekintett téma milyen mélyen van kitéve a társadalmi intézmények, a megközelítési módok és az interpretá-ciók eltérő érdekeinek és attitűdjeinek.

¹⁸ Vö. a jelen kötetben szereplő A „*Letourneau-eset*” című írás (15–20. o.).

3. A trauma mint fantázia és mint valóság

A „Burgus-eset”¹⁹

Patricia Burgus, aki boldogan élt, amíg második gyermeke születésének traumatikus élménye miatt súlyos depresszióba nem esett. Hamarosan hisztériás terhességet produkált, amelyben nem létező magzatára és önmagára a „mi” személyes névmást használta. A terapeutája ez alapján többszörös személyiségűnek diagnosztizálta a páciens. Amikor harminc különböző személyiségére derült fény, akkor Patricia elkeseredettségében öngyilkosságot kísérelt meg. Egy híres szakember arról biztosította az asszonyt, hogy állapotát gyermekkori szexuális erőszak magyarázza. A páciens ezt eleinte erőteljesen tagadta, de minthogy környezetében minden páciensnek gyermekkori szexuális traumája volt és a személyzet is meg volt győződve a gyermekkori abúzus, mint legfontosabb kórok jelenlétéről, ezért alig egy hónap múlva Patricia olyan traumákra kezdett el emlékezni, amelyeket – korábban szeretőnek hitt – szüleitől szenvedett el.

A helyzet azzal eszkalálódott, hogy hamarosan sátánista szertartások emlékei jelentek meg, ahol a páciens közreműködésével emberek százait gyilkolták, ették és erőszakolták meg kannibalisztikus orgiákban. Már maga az asszony is molesztálta gyermekeit, akik előbb-utóbb aktív résztvevőivé váltak e szertartásoknak. Az emlékekbe a gyermekek, nemcsak mint e ceremóniák passzív áldozatai vonódtak be, hanem maguk is – immár a pszichiátriai részleg új lakóiként – ezen események aktív résztvevőiként kezdték magukat meghatározni.

Az asszony kezelésének költségeit a biztosító sokallani kezdte, így kikerült a közvetlen terápiás felügyelet alól. Évek alatt emlékezete „feltisztult”, és rájött, hogy az addig élénken átélt emlékei nem valóságos eseményeken, hanem szuggesztióin alapulnak. Nagy nehezen helyreállította kapcsolatát a kezelése alatt abúzálnak tekintett apjával, és komoly kártérítési pert nyert meg korábbi terapeutáival szemben.

¹⁹ Vö. a jelen kötetben szereplő *Megbetegítő emlékek 2. Az emlékek háborúba mennek* című írás (102–106. o.).

Ez az eset egyik kiemelkedő megnyilvánulása a traumatikus emlékek létéről folyó vitának. Az ilyen és az ehhez hasonló történetek hozták létre a „*False Memory Movement*” (Hamis Emlékezet Mozgalom) nevű mozgalmat, amely a „*Recovered Memory Movement*” (Visszanyert Emlékezet Mozgalom) nevű irányzattal szemben lépett fel a neurotikus tünetek mögötti elfelejtett gyermekkori abúzus tételével szemben.²⁰

Fontos mozzanata ennek a történetnek egyfajta negatív teológia konstruálására tett kísérlet is. Itt ugyanis az értelemkeresés közben, noha negatív formában, belép a transzcendencia a sátánista szertartások képében. Mintha a rossz Isten adna magyarázatot a szülői abúzusra, egy olyan destruktív erőt képviselve, amely túl van a személy öndeterminációs képességein, mint valamiféle fátum, amely kívülről tör rá a bűnösökre, akik éppen ezért nem is igazán bűnösök, mert nem beszámíthatóak.²¹ Ez a kvázi-teológiai mozzanat már jelzi, hogy milyen értelemkereső erők szabadultak el a traumával kapcsolatban. A trauma-téma egy kvázi-manicheista megközelítésben a rossz princípiumának megjelenési helyévé válik, a terápia pedig egy kvázi-vallási szertartásnak tűnik fel, ahol ez a rossz lelepleződik, és ennek révén vereséget szenved a jóval szemben. A trauma-jelenet így az ártatlanságot megjelenítő gyermek és a földre szállt gonoszt megtestesítő „ambuláns pszichotikus”²² felnőtt összecsapásává válik, ráadásul a felnőtt gyakran a sátán mintájára szülőként jönak álcázza magát. A trauma-jelenetben azonban a gonosz megmutatja valódi arcát, de minthogy az abúzált gyermeket saját fennhatósága alá vonta, a közösség előtti lelepleződése csak

²⁰ Wenegegrat, B.: *Theater of disorder. Patients, doctors, and the construction of illness*, Oxford–New York, 2001, 185–188. o.

²¹ „A protestáns hitek termékeny talajt nyújtanak a felháborodott antagonizmus számára. De még ennél is fontosabbak a családdal kapcsolatos versengő ideológiák. Az antropológus Jean Camaroff azt állította, hogy az incesztus-tabu újjászületése akkor van napirenden, amikor a családot magát éri kihívás. Aligha lehet hatalmasabb szövetség, mint az incesztus és a sátán.” Hacking, I.: *Rewriting the soul. Multiple personality and the science of memory*, New Jersey, 1995, 126. o.

²² Vö. „A pszichotikusnak sajátos típusa [...] az ismeretlen pszichotikus. Sem nem szenved, sem nem kér segítséget, éli saját osztálya életét, mindenben külsőleg olyan, mint egy normális, tiszteletre méltó személy. Ennek következtében diagnózis nélkül marad. [...] ez a pszichotikus a gyermeket erősen abnormális szexuális életének partnerévé és brutális agressziója áldozatává teszi.” Robert Fliess: *Symbol, dream, and psychosis*, New York, 1973. 205.

a terápiában megy végbe, amely így a jó és a gonosz küzdelmének színterévé válik, ahol a terapeuta (pap) segítségével végül a jó győzedelmeskedik.

Mintha száz évvel később megismétlődne a Freud–Ferenczi vita a trauma valóságosságáról vagy fantáziabeli mivoltáról. Egyáltalán nem arról van szó, hogy a Burgus-eset és a hasonlóak a freudi fordulatot támasztanak alá, és Ferenczi visszatérését a traumák valóságos mivoltához tévútnak lehetne minősíteni pusztán azért, mert szuggesztióval létre lehet hozni, majd meggyőződéssé lehetett alakítani egy fiktív életeseményt. A vita ezen aspektusának a tétje valójában az, hogy honnan lehet azt tudni – különösen a terápia episztemológiailag korlátozott körülményei között –, hogy egy beszámoló valóságos vagy fantáziabeli eseményeket mond-e el, illetve, hogy milyen a valóságos és a fiktív elemek keveredése. De, ami az individuális szintnél témánk szempontjából még fontosabb, egy olyan kultúra méretű „mozgalom” lehetőségét veti fel, amelyben a szuggesztív abúzus-élmény és annak traumává alakítása összkulturális problémák kihordására és megoldására tett kísérletként funkcionál. Ha ugyanis egy kórházi terápiás részleg zárt légkörében a trauma-hitben közösen osztotva minden belépőt meg lehetett „téríteni”, és életproblémáik megoldási kísérleteként felvettek egy sajátos trauma-vallást (amelyben elmosódott a határ a valódi és a szuggesztív trauma között), akkor feltehető, hogy ez a mechanizmus többé-kevésbé hasonló módon működhet a kultúra szintjén is.

Ez és a hasonló esetek arra mutatnak rá, hogy a valóságos traumák ferencziánus bázisán megfelelő kulturális körülmények között freudiánus fantázia traumákat lehet akár tömegesen is létrehozni. Ez nemcsak bizonyos terapeuták elfogultságaira, előítéleteire és érdekeire hívja fel a figyelmet – az irodalomban rendszerint erre az aspektusra helyezik a hangsúlyt a védtelen áldozattal szemben –, hanem arra a kulturális közegre is, amely tömegméretekben tesz alkalmassá embereket az ilyen befolyás befogadására, a traumatikus fantázia reálisként való megélésére. És nemcsak az ilyen páciensnek való alanyok „kiképzéséről” van szó, hanem arról az egész társadalmi fogadóközegről, amely magától értetődőnek veszi az ilyen terápiákat, és a terapeutákból szupersztárokat fabrikál. Ezzel mintegy a jóváhagyás pecsétjét üti az ilyen konstruált traumák magyarázó erejére. Mondván: „Nekünk traumák kellene – mindegy milyenek!”

4. A jövőbeli trauma vágya

Az apotemnofília vagy a „testazonosság-integritás zavara”

Egy új betegségféle ütötte fel a fejét a nyugati világban, amelyet apotemnofiliának vagy *body integrity identity disorder*nek (BIID) neveznek.²³ Az ebben szenvedőket gyermekkoruk óta olthatatlan vágy fűti aziránt, hogy valamely végtagjuktól megszabaduljanak. Úgy is fogalmazhatunk, hogy vágnak a veszteségre. Olyasvalaminek a hajszolása jelenti életük értelmét, amely más emberek számára traumaforrás lenne. Úgy érzik, hogy ami mások számára súlyos veszteséget jelentene, az számukra nyereséget, személyiségük magasabb szintre emelését hozza el.

E – kortársaink többsége számára aligha érthető – vágy megértéséhez éppen ezért komoly erőfeszítéseket kell tenni. Két körülmény azonban szembeötlő: az egyik maga a trauma-kultusz, amely ugyan nem teszi kevéssé bizarrá e jelenséget, de rávilágít arra, hogy noha konkrét alakjában ez a vágy rendkívüli, de valójában illeszkedik a korszellembe. A trauma-kultusztól legfőképpen az különbözteti meg, hogy ebben a vágy prediktív: a vágy valójában egy még nem bekövetkezett jövőbeli eseményre irányul, a klasszikus esetben pedig a trauma retrospektív, a múlt interpretációját illeti, a személyiség előtörténetének megértését szolgálja. A traumához kötődő retrospektív vágy azonban valójában szintén a jövőre irányul, de a múlt felé tett kerülő közbeiktatásával. Ha a jövő nem látszik másnak, mint az üres és értelmetlen jelen meghosszabbításának, és ezt a jelent nem lehet kifordítani a sarkaiból, akkor egyetlen remény marad: annak a múltnak a megváltoztatása, amely az élnetetlen jelen előzménye és okozója. A tudatos reflexióval és nyilvánossággal áthatott életben a múltnak ez a radikális átértelmezése aligha lehetséges. Ám, ha léteznek olyan titkok, amelyek sohasem voltak tudottak a személy számára, akkor ezek feltárása egy új múlt megteremtésének a lehetőségével kecsegtet. A történeti múlt mellett felsejlik egy azzal párhuzamos, lehetőség-múlt, amelyet a trauma fosztott meg valódivá válásától. A pszichés trauma modern elmélete éppen azt kí-

²³ Vö. a jelen kötetben szereplő „Csak akkor leszek boldog, ha megszabadítanak az egészséges lábamtól!” című írás (85–89. o.).

nálja fel, hogy az élet egy múltban gyökerező lehetőséget hordoz, amely a fájdalmas jelen alternatív jövőjével kecsegtet. Ezt a folyamatot egy új fajta emlékezet „felfedezése” teszi lehetővé. Korábban a felejtés mindig a személy számára egyszer már jelen volt tényekre, történésekre, érzésekre irányult. A kellemetlen emlékeket a tudat peremére lehetett szorítani, de nem voltak az egyénnek olyan emlékei, amelyeket egyszer már tudatosan nem birtokolt.²⁴ A XIX. század végi új traumafelfogás éppen azt posztulálja, hogy életünknek lehetnek (vagy szükségszerűen vannak) olyan eseményei, amelyeket sohasem birtokoltunk, vagyis életünk sohasem volt teljesen a miénk. Olyasmi ez, mint egy örökség, amelyről nem tud az örökös, de amint értesítik róla, az egész élete megváltozik, mert új lehetőségek nyílnak meg számára. A traumaelmélet egy új személyes múlt lehetőségét kínálja fel, amely ezzel más színben tünteti fel a jelent, és így reményt ad egy a jelentől eltérő hangoltságú jövő megteremtésére. A trauma új identitást nyújt, amellyel az életet „újra lehet kezdeni”. Hasonlóan az úgynevezett tanúvédelmi programban kapott új személyazonossághoz: az addigi élettől el lehet szakadni, és ki lehet nyílni egy új felé. Az említett programban a külső, a nyilvános életet lehet újrakezdeni, a trauma feltárásakor a személy belső élete, személyiségének alaptörténései változtathatók meg. Itt azonban nem védeni kell a tanút, hanem létre kell hozni. A személyt élete általa felidézhetetlen eseményeinek tanújává kell tenni. Ehhez éppen a traumára, mint pszichésen radikális, úgyszólván kibírhatatlan, morálisan legelutasítottabb történésre van szükség. Csak egy ilyen személyes apokaliptiszis „adhat garanciát” arra, hogy az óhajtott alapvető változás a saját erőből megváltozhatatlannak látszó helyzetben mégis végbemegy.

Paradox nyelven így lehetne ezt kifejezni: A trauma sötétsége fényt hoz az élet szürkéségébe.

Az apotemnófilia ebben a megközelítésben a trauma negatívja. A jövőbe vetíti azt a változást, amelyet a traumatizált a múltban vél felfedezni. Az apotemnófilias azt mondja: „akkor leszek boldog, ha megfosztanak identitásom egy részétől”; a traumatizált pedig így fogalmazhatna: „akkor le-

²⁴ Vö. Young, A.: *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, New Jersey, 1997, 28–29. o.

szek boldog, ha (kiderül, hogy gyermekkoromban) megfosztottak identitásom (identitáslehetőségem) egy részétől”.

A BIID szembetűnő jellegzetessége az – és ennek egy kultúrára orientált vizsgálatnál különös jelentősége van –, hogy a történeti előidőkben, az úgynevezett primitív vagy tradicionális kultúrák körében a beavatási szertartások esetében általános volt mind a testi fájdalom csonkításig menő előidézése, mind a személyiség modern traumához hasonlatos „sarkából való kifordítása”.²⁵ Vagyis úgy tűnik, hogy az apotemnofília egy a modernitásban „elfelejtett” kultúráképző rituálé egyéni, és ebben az értelemben elszigetelt késő modern felelevenítése, a trauma-kultusz pedig a beavatáshoz hasonló sérüléseknek a személyes múltban való utólagos felfedezésére utal, mintegy a beavatáshoz hasonló esemény utólagos megtalálása/belevetítése az élettörténetbe.

Ám mind a kettő mögött az újjászületés igénye és reménye sejlik fel.

A trauma-téma két megközelítése

A trauma éppúgy ki van téve az objektivista és konstruktivista felfogások küzdelmének, mint az emberi létezés számos más megnyilvánulása. A pozitivistá-objektivistá felfogás főként a trauma medikalizációjának folyamatában játszik szerepet. A biomedikális megközelítés – amely egyik fő ismérveként a betegségeket tértől, időtől és egyéntől független jelenségeként kezeli – amint fennhatósága alá törekszik vonni a betegség általános kategóriájába sorolva a traumatizáltságnak felrótt szenvedésfajtákat, ezekre is kiterjeszti sajátos ahisztórikus megközelítési és kezelési módját. Ez nagyjából abban a tézisben foglalható össze, hogy a trauma mindig is létezett, de vagy nem figyeltek fel rá az emberiség eddigi történelme során,

²⁵ Vö. „Az amputációs igény egy »újjászületésre« vonatkozó »megújulási rítus«, és így az a maroknyi személy, akik hozzájutottak a vágyott műtéthez mind az »újjászületés« érzéséről számoltak be. [...] Ez az »újjászületés« rituálé lehetővé teszi az apotemnofiliás számára, hogy új perspektívát hozzon létre, követve a legtöbb pszichológiai elméletet, amelyek egyetértenek abban, hogy ami az egyének bensőjében van, az projektálódik ki életükbe.” Furth, G. M. és Smith, R.: *Amputee Identity Disorder: Information, questions, answers, and recommendations about self-demand amputation*, Bloomington (IN), 2002, 35. o.

vagy rossz kategóriába helyezték el. De a XIX. század végén a modern természettudományok sikereinek egyik aspektusaként immár helyes leírást és besorolást kapott. Ezt a megközelítést – miközben alapvetően egyetért vele – árnyalja Judith Herman híres könyvében,²⁶ amikor a trauma és a traumatizáltság elismerésétől eltelt időszakot a különféle politikai erők közötti állandó küzdelemként írja le, amelynek tétje a trauma-téma újbóli el-tüntetése a társadalmi diskurzusok köréből vagy annak elismerése, és vég-re teljes körű politikai és társadalmi konzekvenciáinak levonása.²⁷ A hermani attitűdöt nyugodtan lehet köztes felfogásnak nevezni, amely abból indul ki, hogy a trauma univerzális és általános jelenség, amely nagyjából száz-százötven éve „került a helyére”. Ugyanakkor azonban az azóta eltelt időszakot az erőteljes társadalmi és kulturális hatások befolyásaként látatja. A trauma-téma elismeréséért küzdők győztek, de a győzelmet újra és újra meg kell védeniük.

A társadalmi konstrukcionista irányzat trauma-témát illető álláspontja – ezzel szemben – így foglalható össze: „A pszichiátriai diagnózisok mögötti alapvető feltevés az, hogy a betegségnek objektív léte van a világban, akár felfedezik, akár nem, és a pszichiáter vagy bárki más fürkésző tekintetétől (*gaze*) függetlenül létezik. Más szavakkal, a neolitikumban élő embereknek poszttraumatikus stressz zavara volt, ahogy azóta minden kor embereknek. Azonban a poszttraumatikus stressz zavar története beszédes példája annak, hogy milyen szerepet játszik a társadalom és a politika nem annyira a felfedezés, mint inkább az invenció folyamatában.”²⁸

A társadalmi konstrukcionista felfogás ennek megfelelően a traumaelméletet a késő modernitás önmagáról folytatott diskurzusa részének tekinteti.²⁹ A trauma ezért sem történetileg, sem kulturálisan nem univerzá-

²⁶ Herman, J.: *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*, Budapest, 2003.

²⁷ „Herman nézőpontjából a PTSD mindig létezett, de a legutóbbi időkig majdnem láthatatlan maradt a pszichiátria számára. A korábbi feltérési kísérleteket, mint amilyenek Freud korai munkái voltak, az ilyen vállalkozásokhoz szükséges szélesebb társadalmi támogatás hiányában feladták.” Bracken, P. J.: Post-modernity and post-traumatic stress disorder, in: *Social Science and Medicine* 6 (2001) 733–743. o.

²⁸ Summerfield 2001.

²⁹ A félreértések elkerülése végett nyomatékosítani kell, hogy a két vitatkozó paradigma között nem az a különbség, hogy az egyik tagadja a traumatéma jogosultságát, a másik

lis.³⁰ Ebből következően sem a neolitikus embernek nem volt traumája, sem más, a modern nyugatival egyidejűleg létező kultúra nem tekinti, mi több, nem éli meg traumatikusnak azokat a történéseket, amelyeket egy nyugati megfigyelő magától értetődően annak vesz.³¹ A segítségnyújtás ezért nem annyira egy nyugati szakértők által ajánlott sémát kell, hogy kövessen – állítják –, hanem sokkal inkább a rettenetes élmények személyes jelentésének feltárását kell megcéloznia. Ugyanakkor az egyéni terápia helyett a közösségi intézmények szövetségének helyreállítására, az egyén ezekbe való visszavezetésére kell koncentrálni a segítő erőket.

A trauma-toposz születése és korai funkciója

A lelki trauma a társadalmi konstrukcionista felfogás szerint a XIX. század második felének „találmánya”. És olyan toposzként szolgál a társadalom önértelmezése számára, mint a reneszánszban a „színház az egész világ” metaforája.³²

Éppen ezért a modern traumaelméletről beszélni némiképp félrevezető lehet, mert azt sugallhatja, hogy volt egy premodern elmélet is. Ebben az

pedig nem: „Noha a mentális kategóriákat ember alkotta és alapvetően látásmódok (ways of seeing), mégis léteznek, ha már egyszer a hivatalos nevezéktanba bekerültek és a klinikai gyakorlat alkalmazza azokat.” Summerfield, D.: Trauma, post-traumatic stress disorder, and war, in: *The Lancet* 9122 (1998), 152. o.

³⁰ Különös pikantériája a vitatkozó felek közötti konstellációnak, hogy míg a klinikai terapeuták döntően a traumás emlékek hitelessége mellett állnak ki, ugyanakkor ezt egyfajta „pozitívista-objektívista” hajlammal teszik, mert noha a terápia egyik fő céljának a traumás emlékek és az egész autobiográfia újírását tekintik, ezt azonban azzal az alaphipotézisből kiindulva fogalmazzák meg, mely szerint a traumás emlék változatlan módon őrződött meg. A kísérleti pszichológusok, akik objektívista módszert használnak, ugyanakkor abból a feltevésből indulnak ki (vagy arra az eredményre jutnak), hogy nincs eredeti, változatlan traumás emlék, hanem az életfolyamat és kulturális környezete állandóan újírja az emlékeket. Vö. Park 1997.

³¹ Vö. Bracken, P. J., Giller, J. E. és Summerfield, D.: Psychological responses to war and atrocity. The limitations of current concepts, in: *Social Science and Medicine* 8 (1995), 1073–1082. o.

³² „A kortárs kultúrában [...] a trauma mind klinikai szindrómaként, mind szóképként olyan, mint a világ mint színpad reneszánsz alakzata: egy stratégiai fikció, amelyet egy komplex, stresszel teli társadalom arra használ, hogy egy olyan világról adjon számot, amely úgy tűnik fel, fenyegetően kikerült az ellenőrzés alól.” Farrell 1998, 2. o.

esetben azonban a modern szó nem korszak szerinti megkülönböztető értelemben szerepel a kifejezésben, hanem a fogalom legfontosabb sajátosságának jelölésére: arra, hogy születése történetileg a modernitáshoz vagy a késő modernitáshoz kötött. Ez előtt a periódus előtt nem létezett a maihoz hasonló, annak előzményéül szolgáló lelki trauma fogalom. Születésének körülményei nagyjából a következő tényezőkhöz kötődnek:

A modern pszichológia és pszichiátria megjelenése meglehetősen ambivalens kulturális állapotban találta legfőbb „tárgyukat”, a lelket. Éppen e diszciplínák révén immár a tudományos kutatás tárgyaként legitim létezési státuszt kapott (lásd, az létezik, amit a tudomány annak ismer el). Ugyanakkor erőteljes teológiai konnotációja olyan aspektusokkal terhelte meg a pozitivistá korszakban, amelynek negatív következményei alól csak akkor menekülhetett meg, ha a korábbi, a premodern vagy pretudományos lélekfogalomtól erőteljesen meg tudta magát különböztetni.³³ A pszichiátria területén ezt a feladatot a medikalizáció folyamata végezte el, amelynek révén a lélek mint az agy mellékterméke egyszerre vált e medikális specialitás praxisának tárgyává, ugyanakkor tudományos kutatási és gyógyító-praktikus értelemben egyben érdektelenné is, mert mind a két megközelítésben az agy mint a lélek testi alapja töltötte be a főszerepet.

A pszichológia tudományos követelményei éppen így a hagyományos lélekfogalom átfogalmazását kényszerítették ki. A XIX. század végére „az emlékezeetről való tudás a lélek spirituális megértésének örökösévé vált. A trauma pszichologizációja ennek a struktúrának lényeges része, mert a lélek spirituális vajúdása, amely olyan sokáig szolgálta az előző ontológiát, azzá a rejtett pszichológiai fájdalommal alakult át, amely nem a belülről csábító bűn eredménye, hanem a bennünket elcsábító külső bűnös okozza...”³⁴ Így az emlékezet tényeinek kutatása a lélek spirituális tartományának meghódításával kecsegtetett. Nem is beszélve arról, hogy az így megszerzett tudás mögött egy mélyebbet tételeztek, és a két szint már arra is

³³ Vö. „Pszükhé és pszichológia = kísérlet az ember eltárgyasítására. Elismernek valami nem-testit, ugyanakkor azonban a testi eltárgyasítás módszerével határozzák meg azt. Meghatározásának módszerét nem magából a »pszichikaiból«, a nem-testiből merítik...” Heidegger, M.: Freudról és a pszichoterápiáról, in: Szummer, Cs. és Erős, F. (szerk.): *Filozófusok Freudról és a pszichoanalízisről*, Budapest, 1993, 61. o.

³⁴ Hacking 1995, 197. o.

alkalmasnak mutatkozott, hogy a korábbi morális és spirituális kérdéseket is a ténybeli tudás szintjén lehet megoldani.³⁵

Az így megalapozott traumaelmélet a következő alapvető jellegzetességeket mutatta:

1. A traumás neurózist események emlékei, és nem maguk az események idézik elő.

2. Az emlékek patogén titkok, amelyek rejtett képzetekből és rejtett készletekből állnak.

3. Az orvosnak privilegizált hozzáférése van mind a titkokhoz, mind ezek értelméhez/jelentéséhez.³⁶

E vonások kiteljesedett változataként Freud eredeti elmélete arról szólt, hogy minden ember traumatizált, mert *a*) van tudattalanja, *b*) a tudattalant az elfojtás hozza létre, és csak az elfojtottat tartalmazza *c*) tehát a trauma univerzális.

Ez bővebben kifejtve azt jelenti, hogy Freud elméletalkotásában kezdetben nagymértékben támaszkodott a neuózisok traumás eredetének koncepciójához. Megkockáztatható, hogy korai korszakának alapelveiből az is következhet, hogy maga a tudattalan traumás eredetű. Ne feledjük, hogy a tudattalant magát az elfojtott tartalmak tárházának tekintette. Másként szólva, az elfojtás(ok) hozza(ák) létre magát a tudattalant.³⁷ Márpedig, ha az elfojtások beindítójaként traumákat talál terápiáiban, akkor maga a tudattalan is traumás eredetű. A probléma még bonyolultabb, ha Freud egyetemes tudattalanját a traumaelméletekkel kapcsolatban egy fejlődési sor végéként fogjuk fel, amely az alternáló amnéziával kezdődött, a kettős személységgel és a párhuzamos tudatosságokkal folytatódott, és Freudnál az emberi egyik *differencia specificá*ját jelentő egyetemes tudattalannal végződik. Az egyenletet befejezve – ezek szerint –, ha a tudattalan traumás eredetű, és mindenkinek van tudattalanja, akkor mindenki traumatizált. (A kortárs trauma-kultuszban ez inkább megfordulna: mindenki traumatizált,

³⁵ Vö. Bracken, P. J.: *Trauma. Culture, meaning and philosophy*, London–Philadelphia, 2002, 7. o.

³⁶ Young 1997, 39. o.

³⁷ Vö. A tudattalan rendszer „elfojtott tartalmakból áll, amelyeknek a tudatelőtes-tudatos rendszerbe való bejutását az elfojtás akadályozza meg (őselfojtás vagy utólagos elfojtás)”. Laplanche, J. és Pontalis, J-B.: *A pszichoanalízis szótára*, Budapest, 1994, 503. o.

tehát van tudattalanja.) Ha pedig Freud jelentős részben azért adta fel a neurózisok traumás eredetének tézisé, mert a korabeli szakmai közvélemény számára elfogadhatatlan volt a szexuális trauma patogén jellege, nem is szólva a középosztálybeli családok körében a neurózisok nagy számából eredő magas elterjedtségéről, akkor különösen elfogadhatatlan lett volna (lenne) a trauma univerzális emberkreáló mivolta; az a freudi elméletből eredő potenciális következtetés, hogy embernek lenni annyi, mint traumatizáltnak lenni. (Tudjuk, hogy ez a lehetőség például a „születés traumája” koncepcióban meg is valósult.)

A XX. század második fele antropológiájának egy nagy vonulata az embernek lenni kérdését az értelemkereséshez és értelemadáshoz kapcsolja. Messzire megyünk-e spekulációkban, ha azt állítjuk, hogy a freudi és a XX. század második felének e markáns antropológiája ugyanarról beszél, csak máshova helyezi a hangsúlyt? Freud az elveszett értelemnek a trauma keltette tudattalan posztulálásával talál helyet, míg a XX. század vége a trauma hangsúlyozásával keresi az értelem elvesztésének folyamatát, és talál lehetőséget annak ismételt fellelésére. A freudi elmélet medikális tünetekre keres etiológiai magyarázatot, a kortárs traumamozgalom pedig medikális diagnózis képében kutatja az erkölcsi felmentés, valamint jóvátétel lehetőségét és magyarázatát.

A trauma mind a két esetben az értelem elvesztésének és megtalálásának eseménye és helye.

A nyugati mint poszttraumatikus kultúra

Ha kitágítjuk a megközelítés horizontját, kitekintünk mai evidenciáinkból vagy egy másik szemüveget veszünk fel, akkor nemcsak az állítható, hogy a modern traumának megfelelő jelenség korábban nem létezett, hanem az is, hogy a történelem nagy kulturális traumák vagy abúzusok sorozata. E nyilvánvaló ellentmondásnak azonban nem kell arra kényszerítenie, hogy a két tétel közül bármelyiket is feladjuk. A modernitás előtti „abúzusok” ugyanis valójában nem traumák.

A *Biblia* például – mai nézeteinket visszavetítve – abúzusokkal van tele, az első emberpár története a paradicsomból való kiűzetésükkel, a munka, a szülés, a halál tudatának megszerzése a *par excellence* ember erősza-

kos születését jelenti.³⁸ Az eredet, a kultúraképző mítoszok telis-tele vannak abúzusokkal, súlyos testi és – ma úgy mondanánk – lelki sérülésekkel. Vannak, akik azt állítják, hogy a nyugati kultúra úgy, ahogy van teljes hosszában poszttraumatikus, mert abúzosokról szóló történeteken alapul.

Mégis itt lép be és játszik fontos szerepet a Ferenczi-féle, az abúzus és a trauma között – már fentebb ismertetett – distinkció. Hogy ennek kulturális jelentőségét megértsük, vessük össze kultúránk fentebb is jelzett korábbi abúzus történeteit a nyugati kultúrát mint kultúrát lezáró utolsó nagy abúzus történetével: Isten megölésével.

„Az őrült. – Nem hallottatok arról az őrülről, aki fényes délelőtt lámpást gyújtott, a piacra rohant s közben folyton azt kiabálta: »Istent keresem! Istent keresem!« – Mivel a jelenlévők között épp sokan voltak, akik nem hittek Istenben, nagy nevetés támadt. Tán elvesztetted? – kérdezték egyesek. Talán csak nem szaladt el valamerre, mint valami gyerek? – így mások. Vagy netán elrejtőzött? Fél tőlünk? Hajóra szállt? Kivándorolt? – így kiabáltak és nevetgéltek összevissza. Az őrült közéjük vetette magát, szinte átlukasztva őket a tekintetével. – »Hová lett Isten? – kiáltott föl. – Majd én megmondom nektek! Megöltük őt – ti és én! Gyilkosai vagyunk mindannyian! De hogyan is csináltuk ezt? Hogyan is lehettünk képesek kiinni a tengert? Ki adta kezünkbe a spongyát az egész láthatár letörléséhez? E vonalak nélkül mi lesz egész építőművészetünkéből? Állnak-e házaink a jövőben is? És mi magunk vajon megleszünk-e még? Mit tettünk, amikor e földet elszakítottuk napjától? Merre halad most? Mi hová tartunk? Minden naptól egyre távolodunk? Nem zuhanunk egyenesen előre? Vagy hátra vagy oldalt vagy minden irányba? Van-e még fönt, és lent van-e? Nem a végtelen semmiben bolyongunk? Nem érezzük az üres tér borzongató fuvallatát? Vajon nem lett-e hidegebb? Nem jön-e közelebb és mindegyre közelebb az éj? Nem kell-e lámpást gyújtanunk fényes délelőtt? Nem halljuk tán az Istent temető sírásók ricsaját? Nem érezzük-e az isteni rothadás szagát? – elrohadnak az istenek is! Isten halott! Halott is marad! És mi öltük meg őt! Mivel vigasztaljuk magun-

³⁸ Vö. „A nyugati kultúra traumatikus történeteken alapul.” Farrell 1998, 40. o.

kat mi, minden gyilkosok gyilkosai? A világ eleddig legszentebbje és leghatalmasabbja elvérzett késszúrásainktól – ki törli le rólunk a vért? Milyen vízzel mossuk le magunkról? Miféle vezeklést, milyen szent játékot találunk ki önmagunknak? E tett nagysága nem túlságosan nagy hozzánk képest? Nem kell-e istenné lennünk nekünk is, hogy méltónak mutakozzunk e tett nagyságára? Ennél nagyobb tett nem létezett soha – és aki e tett után születik, az éppen e tett révén magasabb rendű történelemhez tartozik majd, mint az előző volt!« – Az örült most elhallgatott és megint hallgatóira nézett: ők szintén hallgattak és idegen tekintettel bámulták őt. Végül a földhöz vágta a lámpást, hogy az menten kialudt és ezer darabra tört. »Túl korán jövök – mondta –, még nincs itt az én időm. Még útban van ez az iszonytató esemény, még vándorol – még nem jutott el az emberek fülébe. A mennydörgésnek és a villámlásnak időre van szüksége, a csillagok fényének időre van szükségük, a tetteknek időre van szükségük, még elkövetésük után is, hogy meglássák és meghallják őket az emberek. Ez a tett még sokkal messzebb van tőlük, mint a legtávolabbi csillagok – és mégis ugyanezt tették meg!« – Beszéli még, hogy az örült azon a napon különféle templomokba tolakodott be és rázendített *Requiem aeternam deo*-jára (örök nyugalmat istennek – *a ford.*). Amikor kiverték és felelősségre vonták, egyre csak azt hajtogatta: »Ugyan mi egyebek ezek a templomok, ha nem Isten kriptái és síremlékei.«³⁹

Az ember által elhagyott Isten vagy az Isten által elhagyott ember új állapota olyan, mint egy abúzushelyzet, amely teljesen új konstellációt teremt a nyugati kultúra történetében. Az Isten „abúzáta” ember eredeti története valójában kultúrateremtő volt, amely értelemmel ruházta fel a nyugati civilizációt és az abban élőket. Ferenczi koncepcióját követve abúzus volt, de nem volt trauma. A nietzschei felismerés és ennek bejelentése úgy is olvasható, mint amelyben a nyugati ember „visszaadja a kölcsönt” azokért a sérelmekért, abúzusokért, amelyeket Istentől elszenvedett – mintegy kiegyenlíti a számlát, és lerázza magáról Isten igáját. Ez az olvasat részben meg is felelne a XIX. századi korszellemnek. De nem lehet nem észrevenni,

³⁹ Nietzsche, F.: *A vidám tudomány*, Budapest, 1997, 151–153. o.

hogy az örült szerepét öltő Nietzsche nem boldog felszabadultságában teszi a bejelentést, hanem kétségbeesésében. Nem evangéliumot, jó hírt hoz, hanem egy katasztrófáról számol be – a minden értelem elvesztésének tragédiájáról. Ez a mozzanat immár nem egyszerűen abúzust jelent, hanem traumát – és pontosan az értelem elvesztése miatt. Ferenczi nyelvén kifejezve a nyugati kultúra nyelvzavarba került. Olyan helyzetet teremtett ön-maga számára, amely az értelem híján nem tud otthonosan berendezkedni. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy olyat, amely „nem embernek való”. Éppen ezért helyesebb az abúzus és trauma összefüggéseiben az Isten halála előtti civilizációt posztabúzus civilizációnak, az Isten halála utánit, pedig poszt-traumatikus civilizációnak nevezni. Az Isten halála utáni korszak a permanens trauma-kor, mert az élet fájdalmas eseményei, történései nem kapnak értelmet. „A nihilizmus nem azért jelenik meg most, mert a létezésről való undor nagyobb lenne, mint korábban, hanem mert a szenvedés, sőt maga a létezés »értelmében« már nem bízunk. Egy interpretáció megsemmisült: mivel azonban éppen ez számított az interpretációnak, olybá tűnik, mintha a létezésnek egyáltalán semmi értelme nem lenne, mintha minden hiába volna.”⁴⁰ Talán éppen ez a trauma „funkciója” is: a szenvedés értelmetlenné tévése.⁴¹ A „klasszikus” trauma esetében ez egyetlen eseményhez, személyhez kötődik. Ez még akkor is így van, ha ez a személy az ontológiai biztonság egyik forrása. Éppen ezért lesz ennek az eseménynek életre szóló kihatása. De mi a helyzet egy olyan kultúrával, ahol – mint Nietzsche állítja – minden szenvedés *a priori* meg van fosztva értelmétől, mert maga az élet értelme veszett el?

A kortárs nyugati kultúra és a trauma

Az Isten halálával kezdődő kulturális korszak – amelyet posztmodernnek is szokás nevezni – „kidolgozza” a Nietzsche által megfogalmazott alap-

⁴⁰ Nietzsche, F.: *A hatalom akarása*, Budapest, 2002, 35. o.

⁴¹ Vö. „Nem maga a szenvedés háborítja föl az embereket, hanem a szenvedés értelmetlensége.” Nietzsche, F.: *Adalék a morál genealógiájához*, Budapest, 1996, 74. o.

vetéseket, másként fogalmazva elmélyíti a poszttraumatikus sajátosságokat.⁴²

1. A tér és az idő szétválik egymástól: az egy időben zajló események elszakadnak a lokális tértől. A világ különböző pontjain zajló események a néző számára a saját idejében jelennek meg. A távoli és a más idejű összetartozása szétszakad. Ezzel az egyén világban-való-létének egyik legfontosabb koordináta-rendszere kuszálódik össze, amely az „egész világ az otthonom, tehát sehol sem vagyok otthon” érzését kelti.

2. A társadalmi intézmények be-nem-ágyazottsága: a helyi kontextusuktól és helyi orientációjuktól megfosztatnak; a technikai szakértelem egyetemesnek, kultúrafüggetlennek és időtlennek tűnik fel. Az egyén így egyszerűen éli meg egy tágabb világba helyezettségét, ugyanakkor a társadalmi létezésnek ez az absztrakt szintje elidegenedettségét fokozza. A hagyományos és a spirituális társadalmi lét elhalványul és eltűnik.

3. A mindent átható reflexivitás folyamatosan aláássa a jelentést és a rendet. A Descartes fémjelezte kételkedés korszaka azzal a következménnyel jár, hogy miközben szilárd talajt keres az ontológiai biztonságában megrendített egyén számára, a kritikai ész minden határt és korlátot megkérdőjelező dinamikája miatt sohasem talál olyan fundamentumot, amely megfelelő lenne egy stabil ontológiai berendezkedés számára. Ebben a modern tendenciában az Isten helyett a *self* válik a világ értelmének forrásává, de ugyanakkor kívül áll a számára objektumként megjelenő világon. Egyszerre forrása mindennek, ugyanakkor gyenge és törékeny.⁴³

4. A késő modernitásban a termelés helyett a fogyasztás lesz a vezérelv: az élet új termékekkel kielégíthető szükségletek sorozatává definiálódik;

⁴² Semmiképpen sem szeretnék csatlakozni a posztmodern mibenlétét firtató végtelen, és olykor parttalan vitafolyamhoz. Az úgynevezett posztmodern vagy késő modern kultúra sajátosságainak számbavételénél nagymértékben támaszkodom Anthony Giddens *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age* című művére és Patrick Bracken ezt elmélyítő elemzésére: *Trauma. Culture, meaning and philosophy* és *Post-modernity and post-traumatic stress disorder*, in: *Social Science and Medicine* 6 (2001), 733–743. o.

⁴³ „Azoknak az intézményeknek a relatív gyengesége, amelyek a társadalomban az egyént más emberekhez kötik az elszigeteltség erősödéséhez járul hozzá. Az individuáció folyamata fokozza a sérülékenység érzését. Számos ember szó szerint önmagára van hagyatva. Az ilyen társadalmi izoláció növeli a bizonytalanság érzését.” Furedi, 1997, 67. o.

új szolgáltatások, új szakértői diskurzusok (medikalizáció) jelennek meg. A „jó közérzet” önmagában vett céllá válik. Ez jelzi, hogy megszűnik a nagy kulturális céloknak az a rendszere, amely alá korábban az egyén saját életcéljait sorolta. Az unalomtól való rettegés a rövidtávú élvezetek és érzelmi örömek hedonista tendenciája felé terelik a lelki ürbe való zuhanástól rettegő egyént.

Az emberi vágyak soha ennyire nem voltak feltárva és elemezve, és mégis, soha ilyen ürességet nem éreztek az emberek.

5. A választás szabadsága immár – másik és egyre erősebb arcvonásaként – a választás kényszerű, „kénytelen” jellegét is megjeleníti. A választás kényszere egyre nyilvánvalóbban nem csak az anyagi javakra, hanem a normákra és az értékekre is kiterjed. Ez a mozzanat a szabadság pozitív élményével egyenrangúvá növeli az egyén bizonytalanságát.

6. Az úgynevezett kockázati társadalom formájában egy sajátos világra irányultság erősödik meg, amely az életet kockázatok halmazaként fogja fel, majd az életvezetés egyik legfontosabb szabályaként e kockázatok felismerését, elkerülését vagy leküzdését jelöli meg. A tudomány és a technika, amely korábban a modern ember természetfeletti hatalmának legfőbb eszközeként jelent meg a modernitás egyik legfontosabb projektumaként, most maga is veszélyforrásként kockázatokat termel, majd megkísérli kikiktatni ezeket. A kockázat az élet integráns része válik. A posztmodern élet úgy jelenik meg, mint valami aknamező, amelyen állandó szorongással és óvatossággal kell átkelni. A fő figyelmet magára az életben maradásra kell fordítani. Az élet legfőbb sikere ennél fogva magának az életnek a meghosszabbítása. Szorongással és állandó készenlétben, de minél tovább, előreküszni az élet nevű aknamezőn.⁴⁴

7. Egy szóban összefoglalva azt lehet mondani, hogy a posztmodern élet alapélménye: az *otthonatlanság*. Ennek részmozzanataiként:

– Az élet értelme megkérdőjeleződik. Nincs tovább olyan átfogó kulturális projektum, amely önmagán túlmutató célokat lenne képes az egyéni élet értelme számára felajánlani. A nietzsche-i „pszichológia” ezt így fo-

⁴⁴ „...amikor az attitűdöket és magatartási formákat nem lehet magától értetődőknek tekinteni, akkor azok az élmények, amelyek ez idáig viszonylag nyilvánvalóak voltak, most kockázatosává válnak.” Furedi 1997, 68. o.

galmazza meg: „Kollektív mély depresszióban szenvedünk, amely azt a felismerést követi, hogy a létnek nincs végső célja, hogy nincs végső egy-ség, amely azok mögött a változások mögött húzódik, amelyeknek tanúi vagyunk, és hogy nincs természetfeletti világ, amely azokat az igazságo-kat garantálná, amelyek alapján élünk.”⁴⁵

– Nincs közös keret (*framework*), amely háttérrel adna, és összefogná a mozaikdarabokat. Az egyes életnyilvánítások és az egyéni élet aspektusai olyanok, mint a sakkbábuk a sakktábla nélkül.⁴⁶ Egymáshoz való viszonyuk önkényes. A változó értelmezési lehetőségektől, szabályoktól, nor-máktól, értékektől függ, amelyek maguk is azonnal relatívnak tűnnek fel, így még ideiglenes reményt sem adnak az egyéni életet értelmessé tevő viszonyok kialakítására.

– Ez az új fajta szorongás radikálisan különbözik a premodern szoron-gástól vagy félelemtől. Az ugyanis a létező értelemháló részét alkotó egyik vagy másik követelménynek való meg nem felelés keltette bizonytalansá-gon alapult. A posztmodern szorongás azonban fundamentálisabb, mert magától az értelmetlenségtől való szorongást jelenti. Nem ezzel vagy az-zal az értelemmozzanattal (normával, értékkel) kerül konfliktusba az egyén, hanem maga az élet értelmessége iránti kétely jelenik meg a szorongás és a pánik örvényében. Pszichológiai tünetként nem csak azt nem lehet tudni, hogy miért keletkezett, még ennél is aggasztóbb, hogy időleges enyhülése vagy elmúlása éppolyan predikálhatatlanul következik be, mint megjele-nése. A tünetek esetleges gyógyszeres vagy más technika révén való eny-hítése valójában csak súlyosbítja az értelmetlenség perspektíváját. A tech-nikai eszközök alkalmazása éppen a modern nyugati kultúrának arra az

⁴⁵ Levin, D. M.: Psychopathology in the epoch of nihilism, in: *Pathologies of the modern self. Postmodern studies on narcissism, schizophrenia, and depression*, New York, 1987, 43–44. o.

⁴⁶ „A szorongás olyan, mintha egy sakk-játékban eltávolítanák a táblát: a bábuk még min-dig ott vannak, de egymással való összefüggésük eltűnt. Az egymáshoz viszonyított hely-zetük mesterségesé vált és hiányzik jelentésük; így mozgatásuk értelmetlenné vált. A szorongásban, a világ a strukturális egész értelmében visszahúzódik tőlünk. A világban lévő entitások: emberek, helyek, dolgok, projektumok még mindig abban a helyzetben vannak, ahol azelőtt voltak, de értelmük eltűnt és vele együtt a jövőre vonatkozó orien-táció lehetősége vagy a bármilyen értelemben vett cél is. Minden idegennek és kapcso-lattalannak tűnik fel.” Bracken 2002, 136. o.

aspektusára apellál, amely az értelem elvesztéséhez a leginkább hozzájárult. A trauma-problémával kapcsolatban ezért lehet azt megfogalmazni, hogy a „a PTSD a kiábrándulás korának diagnózisa.”⁴⁷

– A rendnélküliség, a *disorder* az élet integráns részévé válik. Az élet különböző többé-kevésbé rendezett életmozzanatok rendezetlen halmazává válik. Ennek egyik tünete a pszichiátria betegségkategóriák elburjánzása, és a normalitás sávjának egyre jelentősebb szűkülése. Mindenki többé-kevésbé abnormális – sok más mellett a normalitás változó meghatározásától függően. Az értelem rendszerszerűen aláaknázódik; az úgynevezett valóság pedig elfolyó (tovasikló) és instabil. A jelentésbeli kapcsolatok törékenyek; a mindennapi kultúra elmei lerombolják a koherenciát és az előrejelezhetőséget; az ellenőrzésüket veszített emberek mögött van egy szintén utat veszített társadalom.⁴⁸

A trauma jelentésadó funkciója

Az ilyen kultúrában és társadalomban rendkívüli éhség támad egy az életnek jelentést adó narratíva iránt. Ennek a narratívának a következő fontos vonásokkal kell rendelkeznie:

– Magyarázatot kell adnia a személyes élet ontológiai bizonytalanságára, az üresség és az otthontalanság egzisztenciális élményére. Ennek leginkább egy olyan szerkezet felel meg, amelyben egy drasztikusan rossz történés, az eredetileg ígéretes életfolyamat kizökkenti normális medréből, és rossz irányba tereli azt. Ezzel potenciálisan három részre tagolja a személyes életet: egy reményteli előtörténetre, a rossz történés által bevezetett élnemléhető életre és egy új fordulópontonra, ahol ki lehet lépni az első fordulópontot követő idegen életből. Ennek a második fordulópontnak a posztulálása reményt jelent az élnemléhető életszakasz meghaladására. A rossz fordulatnak egyúttal olyan lehetőségeket kell tartalmaznia, amely reményt ad az általa bevezetett életszakasz ideiglenességére.

– Az első fordulatnak drasztikusnak, a többi életeseménytől jól megkülönböztethetőnek kell lennie, hogy kiemelkedő magyarázó elvként szol-

⁴⁷ Summerfield 2001.

⁴⁸ Furedi 1997, 171. o.

gáljon. „*Clara et distincta*” el kell válnia az érzelmi értelemben véve eseménytelen, elidegenedett élet többi történéseitől, hogy azokhoz képest abnormálisként, rendkívüliként tűnjön fel, amely így egyszerre alapozza meg a további élettörténéseket, de azoktól az élmény minőségét illetően el is tér; azoktól minőségileg rosszabb.

– Egy individuális társadalomhoz méltóan ez az ontológiai történés maga is individuális kell, hogy legyen. Nem hasonlíthat például Krisztus felátadásának közösségi élményéhez, és az ebben való osztozáshoz. Olyan történésről van szó, amely radikálisan egyéni, de egyben *formáját* tekintve meglehetősen általános, gyakori is; a személy be tudja illeszteni egy mindenki által elfogadott általános sémába úgy, hogy az élményt és annak következményeit meghagyja az egyén „belügyének”.

– A hedonista társadalom polgára „elrontott” életének magyarázata ne „belül” legyen megtalálható. A hibás ne maga az egyén legyen, mert akkor fárasztó „önfejlesztő” munkát kellene végeznie saját életmenetének megváltoztatásához.

– Szükséges egy olyan esemény lehetősége, amely megint csak általános kulturális formaként, de tartalmilag egyéni élményként fordulatot hozhat az élnetelen élet menetébe. A szenvedőt még ezen a világon, élettartamán belül „otthonába viszi”, „hazavezeti”.

– Ennek az eseménynek kellően egyszerűnek, átláthatónak kell lennie, hogy valóban kulturális jelentőségű legyen, ugyanakkor egyszerűségében is képesnek kell lennie arra, hogy az egyéni élet megannyi jellegzetességének, bonyolultságának a magyarázatát magában foglalja.

A fentiekben már jellemzett vonásai miatt a mai nyugati kultúra képtelen az egyéni életnek tömegesen értelmet nyújtani, mert az értelemadás legalább két feltételének nem tud eleget tenni:

Nem nyújt univerzálisan elfogadott történetet, amelynek – ahogy mondani szokták – kezdete, közepe és vége van, amelybe az egyén saját életprojektumát be tudja illeszteni, amely éppen ettől lesz értelmes, mert egy hatalmasabba illeszkedik be.

Nem csak a kulturáléptékű történet hiányzik, hanem az egyéni élet világos tagoltsága és szakaszossága, történetjellege sem található meg: *sehonan tart sehová*.⁴⁹

Az ilyen kultúrában a traumakoncepció az egyén számára élete általános magyarázó elveként szolgálhat, „traumatizáltak lenni” a vágy tárgyává válhat: „Ritka dolog, olyan pszichiátriai diagnózist találni, amelyet bárki szeretne viselni, de a PTSD ezek egyikének tűnik fel.”⁵⁰

A trauma Freud–Ferenczi-féle koncepciója, amely eredetileg nem kulturális mozgások, tendenciák magyarázatára jött létre, hanem részben a pszichoanalízis új etiológiai rendszerének részeként,⁵¹ részben konkrét egyének konkrét szenvedésének gyakorlati enyhítésének elméleti eszközeként szolgált, napjainkban találkozunk egy kulturális igénnyel. És, ami Freud idejében még skandalumnak számított a szakmai közvélemény számára, az mára közhellyé vált.⁵² Etiológiai szerepe pedig túlterjedt eredeti határain, mert nem csak konkrét kórképeket magyaráz meg, hanem általában véve a „rossz életet” is: „Az elfelejtett gyermekkori szexuális abúzus vonzó, mert olyan egyszerű – azaz, talán a depressziós problémám azért van, mert gyer-

⁴⁹ Vö. „A »traumatizálható« nem azt jelenti, hogy a személy arra »vár«, hogy traumatizálják, és azt sem, hogy »előrevetíti« azt, ahogy traumatizált lesz (amely szemben állna a trauma természetével). Inkább azt jelenti, hogy a személy törekszenek és függőnek érzi magát, és hogy az életét a saját eltűnésének lehetősége kísérti.” Bernet, R.: The traumatized subject, in: *Research in Phenomenology* 1 (2000), 160–179. o.

⁵⁰ Andreasen, N. C.: Posttraumatic stress disorder: psychology, biology and the manichean warfare between false dichotomies, in: *American Journal of Psychiatry* 7 (1995), 963–965. o.

⁵¹ Vö. „1888-ban a hisztériát és más neurózisokat csak tünetaik alapján tudták definiálni. Fél tucat évvel később Freud úgy hitte, hogy a különböző neurózisokat képes definiálni sajátos etiológiájuk révén. Ez volt a divat a német medicinában, beleértve a pszichiátriát, köszönhetően a betegségek baktériumelmélete meghökkentő sikerének. Számos betegséget, amelyet korábban csak tünetaik alapján tudtak definiálni, most mikrobák mint kórokozók által definiáltak – ezek szó szerinti és nem metaforikus agent provocateurök. Freud doktrínája a tudattalanról és a rejtett, láthatatlan sajátos okokról részben az akkori legsikeresebb medicina-rész analógiája.” Hacking 1995, 194. o.

⁵² Jeffrey M. Masson például amellet érvel, hogy amikor Freud az úgynevezett csábítási elméletet, a szexuális abúzusok valóságára alapozott teóriáját feladta, és a fantáziára helyezte a hangsúlyt, akkor ebben a fordulatban a szakmai közvélemény ellenállása döntő szerepet játszott. *The assault on truth. Freud's suppression of seduction theory*, New York, 2003.

mekként abúzust szenvedtem el, és ha visszaemlékezek és átdolgozom annak az abúzusnak az emlékeit, akkor talán a depresszióm is eltűnik.”⁵³

A traumának így van egy bizonyos *Nachträglichkeit* jellege. Ahogy Freudnál a trauma kétlépcsős folyamat, amelyben a második lépcső újraértelmezi az elsőt, éppen így a trauma projektumának is a legnagyobb ereje abban van, hogy utólag képessé tesz és felhatalmaz az életfolyamat átértelmezésére. Általános elfogadottsága pedig garantálja azt, hogy az egyén nincs teljesen magára hagyva ebbéli vállalkozásában.

A trauma és a beavatási szertartás

Ha a történeti és kulturális horizontot szélesre tárjuk, akkor azt találjuk, hogy fenomenológiai értelemben rendkívül hasonló eseményeket találunk kulturális méretekben az úgynevezett primitív kultúráknál a beavatási szertartások vagy átmeneti rítusok esetében. Ezeknek úgyszólván általános jellemzője, hogy komoly szenvedést okoznak a felnőttjelölt gyermekeknek. Súlyos testi és lelki kínoknak vetik alá azokat, beleértve ebbe a halálközeli élményekhez juttatásukat. Úgy tűnik fel ezek alapján, hogy a beavatási szertartásokra vonatkozóan két fontos különbség is van a modernitás előtti és a posztmodern nyugati kultúra között.

1. A mai kultúránkból hiányoznak a beavatási szertartások, vagy csak imitt-amott, erősen legyengített, rejtőzködő formában jelennek meg.

2. Eleink bizonyos, jól meghatározott körülmények között kultúrájuk integráns részének tekintették a (testi és lelki) „abúzust”, szemben velünk, akik azt elvileg minden formájában elítéljük, és a társadalmi életből minden lehetséges eszközzel igyekszünk kizárni. Az ő (formailag) abúzusuk azonban nem vált traumatikussá, ellenkezőleg, a beavatási szertartások inhereus részeként, az emberré válás feltételét jelentették: az lehetett ember (a kultúra felnőtt tagja), aki átesett a beavatási szertartások „abúzusain”. Minthogy azonban a kultúra új résztvevője értelemtil világba lépett ki a beavatásból, ezért nem vált traumatizálttá. Így valójában számukra embernek lenni a „beavatottnak lenni”-vel azonos volt. A kortárs nyugati kultúra

⁵³ Interjú Harrison G. Pope-pal: „Recovered memories”: Recent events and review of evidence, in: *Currents in Affective Illness* 7 (1994), 5–12. o.

miközben a szenvedést általában és minden formájában elutasítja, ugyanakkor egyre inkább a „traumatizálnak lenni”-t tekinti a mai ember egyik megkülönböztető sajátosságának: „ha nem volt traumád, akkor nem is vagy igazán közülünk való”.

A következőkben a beavatási szertartások, a Ferenczi-féle individuális trauma és a poszttraumatikus társadalom jellegzetességei közötti összefüggéseket tekintjük át, mert egy ilyen összehasonlítás heurisztikus eszközként szolgálhat a trauma-kultusz alapvető sajátosságainak megértéséhez. Ezt úgy tesszük, hogy a beavatási szertartás szakaszainak jellegzetességeit tekintjük alapnak, és ezeket vetjük össze a másik „két résztvevő” párhuzamba állítható vonásaival.

A beavatási szertartást három szakaszra szokás felosztani: szeparációs, liminális és inkorporációs szakaszra.⁵⁴

A) A szeparációs szakasz

Beavatási szertartás. Az eddigi élet végét jelenti, a korábbi individuális élet lerombolódik, hogy az ősi káosz állapotába kerüljön a személy; a döntő ebben a folyamatban az anyától való elválasztás mozzanata. Tulajdonképpen az addigi társadalmi helyzettől való teljes megfosztottságot jelenti. Az egyén a családjától és a barátaitól izoláltnak érzi magát, megszűnnek az addigi szilárd pontok társadalmi-kulturális helyzetében.

Ferenczi-féle traumamodell. Ennek az abúzus első szakasza felel meg, a nyelvzavar megjelenésének periódusa. A szenvedély nyelvének megtagasztalása a gyermeket *elszigeteli* addig gyengédségre alapozott világtól.

Poszttraumatikus társadalom. „Azoknak az intézményeknek a viszonylagos gyengesége, amelyek az egyént a társadalom más tagjaihoz kapcsolják, hozzájárulnak az elszigeteltség növekedéséhez. Az individuáció folyamata növeli a sérülékenység érzését. Sok ember szó szerint magára van

⁵⁴ Vö. Turner, V.: *Betwixt and between: The liminal period in rites of passage*, in: Mahdi, L. C., Foster, S. és Little, M. (szerk.): *Betwixt and between. Patterns of masculine and feminine initiation*, La Salle, 1997.

hagyatva. Ez a társadalmi elszigeteltség fokozza a bizonytalanság érzését.”⁵⁵

Ez a kultúra tömegméretekben állítja elő az izolált egyéneket. Ráadásul ez az állapot nem egy rövid életszakaszra korlátozódik, hanem a posztmodern élet alapvető jellegzetességeként tűnik fel.

B) A liminális szakasz

Beavatási szertartás. A „betwixt és a between” szakasza, a „sem itt, sem ott” állapota. Az extrém káosz ideje, ahol a személy differenciálatlan anyagot jelent. „A liminalitás veszélyes és zavaros állapot. A liminális lényeknek nincs státusza, nincs tulajdona és nincsenek megkülönböztető jegei. Rituális helyzetben elvárják tőlük, hogy tanítóikkal szemben alázatosak és engedelmesekek legyenek.”⁵⁶

Ferenczi-féle traumamodell. A gyermek kiszakadt világából, de nem tudott belépni egy új világba. „...a felnőttek túlereje és tekintélye némává teszi őket, szinte az eszűktől fosztja meg őket. [...] Ha a gyermek összeszedi magát ilyen támadások után, rendkívül zavartnak érzi magát, úgy érzi, mintha voltaképpen már meghasadt lenne, bűnös és ártatlan egyszerre, már a saját érzékeiben sem bízunk.”⁵⁷ Fontos jelensége ennek a szakasznak az azonosulás az agresszorral mechanizmusa, amelyben a kvázi-pszichotikus állapotban lévő gyermek a kibírhatatlan szenvedésre saját énjé feladásával reagál: „én nem is vagyok itt, tehát nem is lehet bennem fájdalom; ez nem

⁵⁵ Furedi 1997, 67. o.

⁵⁶ Macary, M.: *The symbols and structures of initiation*, <http://www.library.spscc.ctc.edu/electronicreserve/swanson/SymbolsandStructuresofInitiationFall2003.pdf> és „A liminális személyek sem itt nincsenek, sem ott; a jog, a szokás, a konvenció és a szertartás által kijelölt és elrendezett pozíciók köztes területén helyezkednek el. Mint ilyenek, bizonytalan és meghatározatlan jellegzetességeiket igen gazdag szimbólumkészlettel fejezik ki azokban a társadalmakban – s ilyenek igen számosan vannak –, amelyek ritualizálják a társadalmi és kulturális átmeneteket. Így a liminalitást gyakran kapcsolják össze a halállal, az anyaméhbeli állapottal, a láthatatlansággal, a sötétséggel, a biszexualitással, a vadonnál és a nap- vagy holdfogyatkozással.” Turner, V.: *A rituális folyamat*, Budapest, 2002, 108. o.

⁵⁷ Ferenczi, S.: Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között, in: Buda, B. (szerk.): *A pszichoanalízis és modern irányzatai*, Budapest, 1971, 221. o.

velem történik”. Nyilvánvalóan „köztes” állapot: a régi én már nincs, az új pedig csak az agresszor énjeként van jelen. A gyermek önmaga számára nem létezik.

Poszttraumatikus társadalom. Otthontalanság, a semmi és a „közöttség” élménye: valami elveszett, de nincs helyette semmi más. Az állandóan „settenkedő” üresség kivédésére pillanatnyi kicsi pót-értelmek keresése, amelyek illékonyak, és semmiféle koherens szövétté nem állnak össze.

C) Az inkorporációs szakasz

Beavatási szertartás. „...ekkor a személy új tudása birtokában visszatér eredeti életvilágába, de már megváltozott, többnyire magasabbnak értékelt státusban.”⁵⁸

Ferenczi-féle traumamodell. A személy éppen azért traumatizálódik, mert nincs visszavezetés az eredeti életvilágba, „szerettei” érzelmi támogatása és a „beavatás” beavatásként való elismertsége hiányában nem tud harmonikusan fejlettebb szinten újra beilleszkedni környezetébe. A beavatás inkább „kiavatással” válik, amely alkalmatlanná teszi elszenvedőjét arra, hogy érett felnőtt életet éljen.

Poszttraumatikus társadalom. Belerekedve a liminális szakaszba infantilis fogyasztói szokások, illetve állandó regressziós tendenciák nyilvánulnak meg. Nincs koherens értelemtelem kulturális szövet, amelybe integrálódhatna a liminális szakasz egyéne. A fogyasztás kultúrája részben a liminális állapot élhetővé tételét szolgálja, részben állandóan újra is termeli azt.

A trauma kultúrája persze kialakít valamifajta közösséget, amelyet a be nem-avatottság, a megrekedt és részleges beavatottságban való közös részesezés élménye hoz létre. De ez negatív közösség, az áldozatok, a veszteségek közössége. Immár az áldozatszerep talán először a történelemben identitás-definiálónak válik.⁵⁹

⁵⁸ B. Erdős, M., Kelemen, G., Csürke, J.: A felszabadító rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában, in: *Addiktológia (Addictologia Hungarica)* 1 (2003), 29–52. o.

⁵⁹ Vö. Furedi 1997, 100. o.

A „*recovered memory*” elméletre épülő mozgalom tipikus példája a vesztesek közösségének.

Magában foglalhatja nemcsak a valódi egyéni abúzus negatív beavatásán átesetteket, hanem annak a társadalomnak a tagjait is, amelyben az ott-hontalanság élménye e negatív beavatottságban való közös osztozásban talál magyarázatot és egyben értelmet.

E kontrollvesztettség egyik következménye a szakértőiparnak való alávetettség: „Az egyik pusztító következménye az abúzus patológiájának az, ahogy aláaknázza az emberek vágját arra, hogy életüket ellenőrzés alatt tartásák. A múltban az olyan élményekkel való megbirkózás, amelyeket ma abúzáknak címkéznek, az élet integráns része volt. Számos szörnyű egyéni tragédia ellenére a legtöbb ember képes úrrá lenni a fájdalomon, amelyet ezek az élmények okoznak. Igazából, a fájdalommal való küzdelem az erő fontos forrása volt. Az abúzus-ipar szerint, a fájdalom kezelésére tett kísérlet – szakértői beavatkozás nélkül önmagában véve probléma.”⁶⁰

A trauma- vagy poszttraumaszerű lét feltárja a szorongást mint az emberi lét beépített dimenzióját.⁶¹ De más kultúrákkal szemben nem kezeli, hanem nyílt sebként meghagyva állandósítja azt.

Az összehasonlítás legfontosabb tanulsága az, hogy a beavatási szertartás első két szakasza megtalálható az elemzés mind a három szereplőjénél. De az inkorporációs szakasz hiányzik mind a ferencziánus traumából, mind a poszttraumatikus társadalom működéséből. Úgy is meg lehet fogalmazni, hogy Ferenczi individuális traumamodellje általánossá, kultúraszintűvé vált. A nyugati társadalom tagjait életélményeik arra sarkallják, hogy egyre inkább úgy tekintsenek önmagukra, mint ahogy Ferenczi a traumát elszenvedett gyermek „végső” állapotát leírta. *A traumatizált gyermek tűnik fel a posztmodern kultúra tipikus felnőttjének.*

⁶⁰ Furedi 1997, 90. o.

⁶¹ Bracken 2002, 143. o.

A poszttraumatikus kultúrában való osztozás sajátosságai

– A trauma-vallás jól illeszkedik a késő modern társadalom egyéneinek pszichés igényeihez. A hedonista személyiség egyik legfontosabb törekvése a lelkiismeret-furdalás és a saját életért vállalt felelősség érzéseinek gyengítése, mert ezek útjába állnak a felhőtlen és örömteli fogyasztásnak. Fontos szerepük lenne abban, hogy a személyiséget saját mélyébe vezessék, hogy valódi életproblémáira ott keressen választ. A trauma megvallása éppen olyan struktúrában történik, mint korábban a gyógyás vagy a válásos megtérés: vallomás, megtérés, a múlt újraértelmezése (Augusztinus) azzal a fontos különbséggel, hogy itt nem a saját, hanem más bűne a vallomás tárgya: „Beismerem, hogy az apám megerőszakolt, és ezért olyan rossz ma az életem.”⁶² Nem Krisztus veszi fel a bűneid, hanem apád lesz a bűnös veled szemben (bűnbak). Így el lehet érni azt, hogy más felel az elromlott/elrontott életért. Főként olyan közeli hozzátartozó, aki része a személyiségnek, de ugyanakkor „másik” is.

– A trauma-kultusz másik sajátossága és következménye a fatalisztikus hit; korábbi változataival szemben azonban most nem Isten határozza meg a sorsodat, hanem a trauma.

– A trauma a maga rendkívüliségével és mélységet szimuláló mivoltával reményt is nyújt arra, hogy az egyén lelki mélyének feltárásával, bajai eredetéhez való visszanyúlással új lendületet tud venni. Egy új pszichés abszolutizmus (valóság) bevezetésére tett kísérletként jelenik meg, amely felváltja a vitális lelki szükségleteket ki nem elégítő valóságot.⁶³

⁶² „Amikor a felnőtteket terápiában arra bátorítják, hogy a gyermek abúzus-traumájára emlékezzenek, és utána vádakat fogalmazzanak meg, akkor az eredmény gyakran olyan, mint egy protestáns megtérés. Augusztinus óta a megtérési élmény a vallomásokkal függ össze – a saját személyes múlt újra elmondása, az igazi múlté, amelyet addig a személy letagadott. Mindez ismerős: a terápia, mint megtérés, vallomás és a személyes múlt emlékezetének újra rendezése. Azután egy hatalmas csavar jön. A te vallomásod nem a te bűneidre vonatkozik, hanem az apád bűneire. Nincs Krisztusunk, a fiú, aki magára vette a világ bűneit. Ehelyett az apád veszi magára azokat a bűnöket, amelyek az életet tönkretették. Nem Jézussal, az áldozati báránnyal van dolgunk, hanem egy öreg kecskével, egy bűnbakkal, az apával, az áldozati kossal.” Hacking 2001, 142. o.

⁶³ Vö. „Atwood egy nem objektivista, dialogikus definíciót ajánlott a pszichotikus delúziókra: „A delúziók olyan eszmék, amelyeknek az érvényessége nincs vitának kitéve (not open

– A trauma-téma szoros kapcsolatban van a meggyengült családi értékek és szerepek helyreállítására tett törekvésekkel: érvek hangzanak el emellett, hogy incesztus főként a meggyengült családban fordul elő, és erős családban nincs incesztus.⁶⁴

„A szülői szerep és a családi élet igazgatása, amelyet hosszú időn keresztül magától értetődőnek vettek, olyannak, ami csak úgy magától megy, most messze nem nyilvánvaló. Semmi sem tűnik egyszerűnek. Olyan, mint-ha a szülői szerep egy aknamezővé vált volna. [...] A családi otthon többé már nem menedékhelynek ábrázolódik, hanem dzsungelnek, ahol a gyermekek az abúzus kockázatának vannak kitéve, ahol a nők családi erőszaknak vannak kitéve.”⁶⁵

– A traumavita egyben hol nyíltabb, hol rejtettebb kifejeződése a női emancipációval járó diskurzusnak. Van, aki egyenesen emellett érvel, hogy a trauma-kultusz együtt jár a női emancipációval.⁶⁶ A nők ismét bírósági perekben szerepelnek, de szemben a boszorkányperekkel ezúttal a szere-

for discussion). [...] Amikor egy személy azt mondja a barátjának, hogy »Viszlát később«, vagy a szülő azt mondja gyermekének lefekvéskor, hogy »Reggel találkozunk«, akkor ezek a kijelentések olyanok, mint a delúziók, amelyeknek az érvényessége nem vitatható. Az ilyen abszolutizmusok az alapjai annak a naiv realizmusnak és optimizmusnak, amely az ember számára lehetővé teszi, hogy egy olyan világban funkcionáljon, amelyet szilárdnak és kiszámíthatónak él meg. A pszichológiai trauma lényege az, hogy összezúzza ezeket az abszolutizmusokat. Az ártatlanság katasztrofikus elvesztése ez, amely örökké megváltoztatja az ember világban való létének érzését. A mindennapi élet abszolutizmusának erőteljes dekonstrukciója megvilágítja a lét elkerülhetetlen esetlegességét egy olyan univerzumban, amely véletlen, kiszámíthatatlan, és amelyben egy lény biztonsága és folyamatossága nem biztosított.” Stolorow, R. D.: The phenomenology of trauma and the absolutisms of everyday life: A personal journey, in: *Psychoanalytic Psychology* 3 (1999), 464–468. o.

⁶⁴ Vö. „Ericson emellett érvel, hogy az erős, tápláló családi kötelék gátolja a szexuális vágyat, és az incesztus valószínűleg csak a biztonságos családi kötődés hiányában fordul elő.” Morehead, D.: Oedipus, Darwin, and Freud: one big, happy family?, in: *Psychoanalytic Quarterly* 3 (1999), 347–375. o.

„A nyilvános diskurzus megjelenése és még láthatóbban, az incesztus és a szexuális abúzus elismert bizonyítéka az incesztus-tabu összeomlására vagy törekenységére utal, és ez a lehetőség mélyen nyugtalanító egyéni és társadalmi szinten egyaránt.” Harris, A.: False memory? False memory syndrome? The so-called false memory syndrome?, in: *Psychoanalytic Dialogues* 2 (1996), 155–187. o.

⁶⁵ Furedi 1997, 69. o.

⁶⁶ Loftus, E. F.: Remembering dangerously, in: *Skeptical Inquirer* 2 (1995), 20–29. o.

pek felcserélődnek: a férfiak a vádlottak és a nők a vádlók.⁶⁷ Olyannyira, hogy éppen a traumaszempont eluralkodása miatt az egész férfias szexualitás potenciálisan abúzázó, és végső soron traumatizálóként tűnik fel.⁶⁸ További újdonsága a traumapereknek, hogy a gyenge támadja az erőset. Különösen érdekes fényt vet a nőkérdésre az feltűnő tény, hogy a terapeuták zömmel nők, és sajátos nőies viszonyt alakítanak ki a pácienseikkel. De a „nőkérdéssel” kapcsolatban az sem hallgatható el, hogy a „*false memory syndromában*” szenvedők zömmel fiatal, középosztálybeli, fehér nők.

Konklúzió: „Traumám van, tehát lehetek (valaki).”

A trauma elmélete sajátos funkciót szolgál a késő modern társadalomban. A trauma nemcsak úgy működik, hogy perverz felnőttek vágyainak kielégítési kísérleteként megfosztja a gyermeket ontológiai biztonságától, hanem retrospektív módon a társadalmi mértékben elvesztett ontológiai biztonság visszaszerzési kísérletének eszközeként is megjelenik.

A traumaelmélet lehetővé teszi azt, hogy az egyén otthontalanságát egy akaratan, vágyain és szándékain, azaz hatalmán kívül álló „mitikus ese-

⁶⁷ „A leghíresebb észak-amerikai boszorkányüldözés idején, 300 évvel ezelőtt a massachusettsi Salem, a megvádoltak háromnegyede nő volt. Ma, döntően (bár nem teljesen) férfiak. Az új-angliai boszorkányok főként negyven fölötti szegény nők voltak, akik rosszul illeszkedtek be, ámbár később a boszorkányok halmaza magában foglalt férfiakat is (gyakran a boszorkányok férjeit vagy fiait), és még később a halmaz kiterjedt a klérusra is, a kiemelkedő kereskedőkre, vagy bárkire, aki ellenségnek merészelt látszani. Ma a vádlottak főként erős és sikeres férfiak. A múlt idők boszorkányvádjait gyakrabban emelték férfiak, de manapság a vádakot döntően nők emelik. A mai jelenség több mint a gyengék mozgalma az erősek ellen. Ma egy »nagy félelem« ragadja meg a társadalmat, és ez a gyermek-abúzustól való félelem.” Loftus 1995.

⁶⁸ „...bármely férfi cselekedet, amely a nő felé irányul az abúzus prizmáján keresztül interpretálható” és „A férfi erőszakosság jelentésének kiterjesztése a legkoherensebben a szexuális erőszak tézis folytonosságában fogalmazódik meg. E szerint a tétel szerint a férfi erőszak a szexuális kényszerítés cselekedeteinek folyamatosságában érthető meg. Az abúzus egyre inkább kiterjesztett definíciójával a kontinuum enyhébb vége a nézéssel kezdődik és a keményebb vége a rituális gyilkosságban csúcsosodik ki. Ez a tézis segít az erőszakot elszennvedett áldozatok számának fokozásában, minthogy minden, a pszichos vicctől a fizikai támadásig a férfi erőszak közös minősége által definiálódik. A normális férfiviselkedés nem lesz más, mint a nemi erőszak előfutára.” Furedi 1997, 82. o.

mény” bekövetkezéséhez kösse, amelynek megnevezése és feltárása egy új, igazi élet megkezdését teszi lehetővé. A beavatási szertartásokkal, az átmeneti rítusokkal való hasonlósága arra utal, hogy a traumaelmélet az ilyen rituálék iránti archaikus igények modern kielégítésének egyik legfontosabb megjelenési formája. Eszerint az abúzus és a terápiás feltárása egy elnyújtott beavatási rítust testesít meg, amelyben az abúzus felel meg a szeparációs szakasznak, az ezt követő otthontalanság, neurotizáltság a liminális szakasz párhuzama, és a traumatizáltságot feltáró pszichoterápia az inkorporáció szakaszát testesíti meg, ahol is az érett, igazi élet megkezdődik.

A trauma éppen úgy a (régi) személyiség halálának a mozzanata, ahogy a beavatási szertartások első fázisánál történik. Azokhoz hasonlóan a poszt-traumatikus társadalomban az újjászületés reményét hordozza, noha csak visszamenőleges interpretációként; a múltbeli trauma reményt ad a jelenbeli megújulásra. A pszichoterápia ennek az újjászületésnek a rituális terét jelentené. Így a trauma nem csak egy szörnyű életmozzanatot foglal magában, hanem a reményt is, hogy „lehet másként is, mint ahogy most van”. Minthogy azonban az inkorporációs szakaszhoz szükséges kulturális környezet hiányzik, ezért a pszichoterápiában elért gyógyulás vagy egzisztenciális megújulás nem képes ontológiai biztonságot teremteni. Ez az újjászületés az individuális *szelfre* alapozott és – szemben a premodern beavatási szertartások eredményével – *ideiglenes*; az így megszerzett stabilitás bármelyik pillanatban kikezdehető és összeomolhat, akkor aztán új terápiára van szükség. Egyebek mellett ezért sincs szükség a tradicionális társadalmakban pszichoterápiára.

A trauma olyan „világképet” kényszerít az általa beavatottra, amely megfelel alapvető érzületének. A traumatizáltság leírt jellegzetességei egybeesnek a tipikus késő modern közérzettel. Nagy előnye azonban, hogy ennek alapjait nem a rendszerben találja meg, hanem az individuális – bár tömegesen individuális – életesemények pszichés és medikális következményeiben. Eliade így fogalmaz: „Minden primitív társadalom a mitikus tradíciók konzisztens testét birtokolja, »világfelfogást«; és ez a felfogás az, amely a beavatási szertartás során az újonc előtt feltárul.”⁶⁹ Ennek nyomán

⁶⁹ Eliade, M.: *Rites and symbols of initiation. The mysteries of birth and rebirth*, 2003, 10. o.

azt mondhatjuk, hogy éppen így egy világgép tárul fel a trauma-beavatás újonca számára: a semmi transzcendenciája, a hagyománytalanság hagyománya, a nemlét léte, a talajtalanság földje, az üres mélység, a múlt nélküli jövő és a jövő nélküli múlt, a norma és program nélküli élet, minden érték megsemmisülésükkel való átértékelése, a születés reménye nélküli káosz, a folytatás nélküli kezdet.

Pontosan ezt a késő modernításban *normálisként*, *tipikusként* szereplő félbesikerült beavatást találjuk meg a hagyományos társadalmakban *fenyegető lehetőségként* megjelenő hibás átmeneti rítusban:

„Ha a személy belső célját és szellemét a megfelelő közösség nem tárja fel, nem értékeli újra és nem ismeri el, akkor az emberek egyre inkább áldozatoknak érzik magukat, és számkivetettként viselkednek. Ha a változás rítusa nem teljes, akkor a káosz fokozódó érzése jelenik meg, és annak a lehetőségnek az elvesztéséé, hogy a közösséget a »hالل« visszatérése feletti közös öröm helyreállítja.”⁷⁰

A modern trauma alapvetően abban hasonlít a beavatási rítushoz, hogy „az igazi szelf feltárulása kezdetének”⁷¹ ígérétét hordozza. De a liminális szakaszban megakadt projektumként az ígérlet személyes káoszba, rettenetbe és pánikba fullad; ez azután az új kezdet keresésére sarkall, amelyet jobb híján ismét csak a trauma kínál – nincs másfajta beavatás, csak olyan, amely egy újabb beavatás iránti vágy felkeltésére irányul.

A traumaelmélet, a poszttraumatikus élet sajátos valláspótlékeként vagy pótvallásként is funkcionálhat.⁷² A trauma nem emlékezhető emléke egy sajátos lelki transzcendenciában létezik. És éppen ez a transzcendencia az, amely létével minden pillanatban tönkreteszi vagy az egyén számára idegenként állítja elé saját életét, – amely persze ennek következtében éppen nem a sajátja. A trauma egy negatív demiurgoszként uralja és determinálja

⁷⁰ Eliade 2003, 23. o.

⁷¹ Meade, M.: Foreword to the new edition, in: Eliade 2003, 20. o.

⁷² Vö. „... az abúzus visszanyert emlékének utáni kutatás könnyen a nők problémáinak egyetlen eredete iránti kvázi-vallási kereséssé válhat...” Haaken, J.: The recovery of memory, fantasy, and desire: feminist approaches to sexual abuse and psychic trauma, in: *Signs* 4 (1996), 1069–1094.

az egyén életét. Emlékeztetünk arra, hogy ez a negatív transzcendencia a sátánista abúzusok, szertartások keretében negatív Istenként, a Sátánként meg is személyesült. Így traumatizálnak lenni nem csak pszichés konstitúciót jelent, hanem sajátos „egyházi közösségben” való osztozást is, amelynek célja e sátáni befolyás alóli felszabadulás.

Ebben a negatív értelemben véve a trauma kétségbeesett értelemkereső és -adó kísérletnek is felfogható egy olyan világban, amelyből az értelem már kivészett. „Többé nem az Isten az, aki az egyén sorsát előre elrendelte, hanem az emberi abúzus földi cselekedete.”⁷³ De az értelem elvesztése nem egy törött elmében, hanem egy törött világban gyökerezik.⁷⁴

Ebben az értelemben poszttraumatikus a mai nyugati kultúra: tömegméretekben foszt meg az élet értelmétől, éppen úgy, ahogy a Freud–Frenczi-féle trauma teszi egyéni szinten, de ugyanakkor éppen ebben a trauma-konstrukcióban egyben ígéretet is tesz arra, hogy ez az értelem visszaszerezhető. Így áll elő az a helyzet, hogy miközben senki sem vágyik arra, hogy őt vagy gyermekét megerőszakolják, aközben tömegesen jelenik meg a vágy arra, hogy ez az abúzus a személyes múltban megtörtént: Traumám van, tehát vagyok; vagy inkább leszek; mert a traumámra alapozva más lehetek.⁷⁵

⁷³ Furedi 1997, 170. o.

⁷⁴ Vö. „Fenomenológia szempontból az értelem elvesztése egy törött világban történik, és nem egy törött elmében.” Bracken 2002, 147. o.

⁷⁵ Vö. „A tudatosság nem megjelent, hanem megváltozott. Valaki most úgy tekint önmagára, mint aki gyermekként abúzust szenvedett el, mert van egy új elképzelése, amelynek révén megértheti magát. [...] A gyermek-abúzus egy új fajta, amely megváltoztatta az emberek múltját, és így megváltoztatta azt is, hogy miként érzékelik azt, hogy kicsodák és hogyan lettek azzá.” Hacking 2001, 162. o.