

PSZICHOSZOCIÁLIS ETIOLÓGIA A HAGYOMÁNYOS KÍNAI ORVOSLÁST
ALKALMAZÓK KÖRÉBEN

A „lelki eredetű” testi betegség laikus oki teóriái

Absztrakt

A tanulmány célja bemutatni olyan magyarázó modelleket, melyek a fizikai betegséget pszichoszociális okoknak tulajdonítják, valamint rávilágítani arra, hogy mi formálja e modellek tartalmát. A betegség legtöbbször egy kontrollvesztett (Kaotikus) állapot, melyben rendet (Kozmoszt) teremthet az értelmezés, így az individuuum számára a betegség ezáltal kezelhetőbbé válhat. A jelentésadás folyamatát számos szociokulturális és egyéni tényező befolyásolja – jelen cikk e komplex rendszer néhány elemét fejti ki.

Abstract

The objective of the article is to present some explanatory models that attribute physical illness to psychosocial causes, as well as to shed light on what moulds the contents of these models. Illness is most often a loss of control (Chaos), in which interpretation may spawn order (Cosmos), thus inducing a sense of control in the individual. The construction of meaning is shaped by many sociocultural and individual factors; the present article aims to expound a few of these.

Kutatási téma és módszer

Jelen tanulmány célja a komplementer és alternatív medicinát, jelesen a hagyományos kínai orvoslást (HKO) alkalmazó betegek által megfogalmazott, testi betegségük oki teóriáit (etiológia) taglaló intra- és interperszonális tényezők bemutatása, beleértve a pszichoszociális etiológia lehetséges tartalmainak, funkcióinak és a kialakulásához hozzájáruló, formálásában közrejátszó faktorok ismeretét is.

A tanulmány egy, a terápiaválasztással foglalkozó orvosi antropológiai kutatás résztémájának adatait használja fel. A 2015. január és 2017. május között zajló kutatás négy, hagyományos kínai orvoslással (HKO) foglalkozó budapesti rendelőben

végzett résztvevő megfigyelésen alapul. A kutatás szerves részét képezik továbbá a HKO páciensekkel (n=9) és HKO-val foglalkozó orvosokkal (n=9) készített mélyinterjúk. A páciensekkel készített interjúk szövege idézőjelben, dőlt betűvel szedve jelenik meg.

Plurális egészségügyi rendszerünk

A különböző természetgyógyászati ágak folyamatban lévő intézményesülését jól illusztrálja másik elnevezésük, a szakirodalomban immár általánosan alkalmazott „komplementer és alternatív medicina” (KAM). Jól érzékelhető, hogy a „természetgyógyászattal” szemben a KAM kifejezés szemantikai szempontból a domináns orvosi rendszerhez való viszonyt jelzi, a viszonyítási pontot mindkét esetben a nyugati orvoslás (biomedicina) jelenti. A kifejezések voltaképpen hierarchiát is takarhatnak, ugyanis gyakran az egészségügyben dolgozók körében a „komplementer medicina” kifejezés azonosul az „elfogadható, megtűrt”, vagy „esetenként jól alkalmazható” eljárásokkal, míg az „alternatív medicina” gyakran azonos az „elfogadhatatlan, nem javasolt”, a biomedicinával nem összeilleszthető gyógyítási eljárásokkal, sőt a „kuru slásslással” (Zörgő – Györffy 2016:421–428). Más definícióban a „komplementer” a nyugati gyógy mód mellett alkalmazott kiegészítő kezelést jelent, az „alternatív” pedig a nyugati terápiát helyettesítő kezelést.

A KAM kifejezést alkalmazó meghatározások mindegyike valamely kulturális kontextust és viszonyrendszert tár elénk: egészségügyi rendszerünk plurális (többszereplős), ahol a szereplők között interakció, gyakran versengés áll fenn. A professzionális szektort (Helman 1994) képező nyugati medicina a „konvencionális” és elsődleges orvoslás, megkérdőjelezhetetlenül domináns társadalmi és kulturális pozícióban van, míg „a többi” medicina kiegészítheti vagy helyettesítheti, megmérettetheti magát a gyógyítás arénájában.

A KAM világában találhatunk ún. „nagy gyógyító rendszereket”, melyek kultúrába ágyazott medicinák, mint például a hagyományos kínai orvos-

lás, a tibeti orvoslás vagy az ayurvédikus gyógyászat. Vannak olyan medicinák is, melyek nem köthetők egy bizonyos kultúrához (Új Germán Medicina, Reiki, fitoterápia stb.), illetve szűken vett kulturális rendszertől független eljárások (neurálterápia, balneológia stb.) vagy termékek (gyógyteák, mágneság, energiaspirál stb.).

Kvantitatív kutatások azt mutatják, hogy a KAM egyre népszerűbb.¹ Egy 2012-es reprezentatív felmérés szerint az USA felnőtt lakosságának 36-42%-a rendszeresen használ valamilyen KAM terápiát (Clarke – Black – Stussman – Barnes – Nahin 2015), míg az EU-ban ez a szám elérheti akár a 86%-ot is (Eardley et al. 2012:18-28). Bár hazánkban az utóbbi évtizedekre vonatkozóan nem rendelkezünk reprezentatív lakossági adatokkal, az 1990-es évek felmérései növekvő KAM-használati trendekről adnak számot: 1991-ben 6,6%-os e terápiák használata, míg 1999-ben már 23,9% (Varga 2007). A KAM törvényi szabályozása nem egységes, az Európai Unió tagállamai egymástól markánsan eltérő jogszabályi háttérrel rendelkeznek (Hegyí et al 2013:350-363). A magyar egészségügyi törvény (11/1997. (V. 28.) NM rendelet) a KAM-ot két csoportra bontja: orvosi diplomához kötött tevékenységek (pl. HKO, homeopátia, neurálterápia), és orvosi diploma nélkül végezhető tevékenységek (pl. akupresszúra, energiagyógyászat, fitoterápia). A jelenlegi törvény is felállít egy hierarchiát, hiszen egy medicina presztízsét fokozza és népszerűségét növelheti, ha orvosi tevékenységnek minősül – ezzel voltaképpen szakmai tekintélye nő és tudományos elismerést sejtet a terápiával kapcsolatban.

A KAM növekvő térhódítása az egészségügyi piac keretében is értelmezhető, ahol sikerüket magyarázza, hogy növekvő lakossági igényt elégítenek ki. A piaci térnyerés másik oka, hogy a KAM terápiák, szolgáltatások és termékek elterjedése visszahat arra, hogy a lakosság miként gondolkodik egészségügyi kérdésekről, betegségről, gyógyításról. Az egyén és a társadalom gondolkodása a gyógyításról szorosan összefügg egyfelől azzal, milyen információ érhető el a kultúrán belül, másfelől pedig azzal, milyen szolgáltatások terjednek el az adott piacon. Továbbmenően, befolyásolja a keresletet és kínálatot, ha egy KAM „kulturális termékként”

is értékesíthető, vagyis (egészség)turisztikai vagy politikai/diplomáciai célokat szolgál. Magyarországon az előbbire jó példa a balneológia (gyógyforrások, gyógyfürdők terápiás-turisztikai alkalmazása), utóbbira pedig a hagyományos kínai orvoslás. Ezek a szempontok (orvosi tevékenységnek minősítés, turisztikai és diplomáciai célok) megvalósulnak az orvosi diplomához kötött, egyes orvosi egyetemeken oktató HKO esetében, melynek regionális központja a közelmúltban Budapesten kapott helyet. Ha valamely medicina „kulturális termékként” több nyilvánosságot kap, az presztízsét és elérhetőségét is növelni fogja, és mindez visszahat a lakosság preferenciájára.

„Kulturális kreolizáció”

Globalizálódó világunkban a gyakran egymásnak ellentmondó információ markánsan policentrikus és diffúz (Hajer 2003:175-195), valamint olyan csatornákon keresztül áramlik, melyekhez az individuum lehetőségei és előzetes preferenciái szerint fér hozzá: mit tart „hiteles” vagy „megbízható” információforrásnak. Az olyan társadalmi intézményeknek, mint az egyház és az iskola, ma kisebb a tekintélye, ezért a döntési folyamatokra kevésbé hatnak – tájékozódási pontjaink már nem egyértelműek és kizárólagosak. Molnár szerint: „Az egymást kölcsönösen bíráló és kizáró világnézetek tengerében [...] nincsenek meg a korábbi biztos pontok. Minden állításnak létrejött a tagadása, a bírálata, és az egyénnek magának kell megtalálnia és megalkotnia világképét” (Molnár 1998).

A társadalmi intézmények tekintélyvesztése és a nagymértékű információáramlás azt eredményezi, hogy a korábban homogénebb (centralizált kulturális erők által létrehozott és kitermelt) világképek egyre heterogénebb formát öltenek – fragmentálttá, hibriddé, személyre szabottabbá válnak (Van Wolputte 2004:33, 251-269). E társadalmi jelenségek miatt az identitás is fragmentált, megosztott, hibrid, amely vitathatóan a késő-kapitalizmus, a posztmodern és a posztkoloniális jelenségek következménye (uo.). A „kulturális kreolizáció” a különböző kulturális rendszerek, tradíciók integrálására alkotott kifejezés, amely identitásépítő mechanizmusként is azonosítható (uo.). Feltételezhető, hogy a globalizációs folyamatok révén a „kulturális kreolizáció” valamennyi kultúrát érinti (vö. Eriksen 2001), csak különböző intenzitásban, és függ az egyén lehetőségeitől és preferenciáitól.

1 Bishop – Yardley – Lewith 2010:175-182; Frass – Strassl – Friehs – Müllner – Kundi – Kaye 2012:45-56; Molassiotis et al. 2005:655-663; Thomas – Nicholl – Coleman 2001:2-11; Tindle – Davis – Phillips – Eisenberg 2005:42-49.

Az információtermelésben zajló verseny és a „kulturális kreolizáció” egészségügyi kérdésekben is jelen van, ugyanis a piacon nemcsak termékek és szolgáltatások versengenek, de világ- és betegségképek is: a test a hatalom és ellenszegülés találkozási pontjává vált (Van Wolputte, im.). Az individuum már a terápiaválasztás előtt, a tüneteiről, betegségéről való tájékozódás fázisában, voltaképpen értékei és elképzelései szerint rangsorolja a lehetséges információforrásokat, ezáltal megszűrve a kérdéseire és lehetőségeire vonatkozó információ tartalmát is. A különböző medicinák közötti versengés nem csupán anyagi haszonnól szól, hanem a szakmai presztízséről és a medicinához társított értékek többségi társadalom általi elfogadásáról is. Így kulcsfontosságú, miként jelenik meg egy bizonyos medicina a társadalom számára, azaz milyen imázst alakít ki és hogyan ítéltetik meg. A szakmai tekintély kérdése központi: a sikeres medicina nemcsak szolgáltatásait tudja érvényesíteni, népszerűsíteni, hanem világképének dominanciáját a többségi társadalom értékrendszerében is képes biztosítani, ezáltal meghatározva a többi medicina kulturális rendszerének relatív helyzetét.

Verseny az információtermelésben, társadalmi intézmények hegemoniájának csökkenése, „kulturális kreolizáció” – ebben a miliőben az „igazság” és a „tény” sokszor szubjektív megítélés alá esik: „Nem az intézmény, hanem az egyén lett a döntés alapja, és a hagyomány helyett egyre inkább a tapasztalat... vált az autentikusság forrásává” (Molnár 1998). A személyes tapasztalat a terápiaválasztásban is nagy szerepet játszik, hiszen a kipróbált terápia megítélése egyfelől meghatározza jövőbeni igénybevételét, másfelől alapját képezi annak az egészségügyi témákkal kapcsolatos, betegek közötti információ-áramlásnak, amely a személyes tapasztalat és preferenciák átadásáról szól. A KAM világában ez az információáramlás a legfontosabb, a beteget leginkább befolyásoló terápiaválasztási tényező, és a személyes tapasztalattal rendelkező „másik” jelenti az autentikusság, megbízhatóság forrását. A hitelesnek ítélt források hierarchiájában első helyen a személyes tapasztalattal rendelkező „másik” áll, második helyen pedig azok a források, melyeket a „másik” javasol (például honlap, könyv, intézmény, szakember stb.).

E jelenségek hatására társadalmunk orvosképe (ahogyan az orvosok, a betegek és a társadalom gondolkodik az orvosokról) és a betegszerep is változik (a beteg viselkedése, önmagáról való vélekedése, orvossal szembeni elvárásai), így maga az

orvos–beteg kapcsolat is módosul. A beteg gyakran saját elképzelései szerint felállított diagnózissal áll az orvos elé, emiatt másfajta orvos–beteg dinamikáról beszélhetünk, mint régebben. Gyakran a páciens igényelné, hogy megbeszélhesse állapotának pszichoszociális vonatkozásait is, erre azonban a nyugati orvos nincs feltétlenül felkészülve, illetve a közellátásban ennek lehetősége korlátozott. A magánpraxisban dolgozó alternatív gyógyítók hosszabb konzultációs időt tudnak biztosítani, és a medicinának zöme átfogja a pszichoszomatikus tartományt is, így a beteg azt érezheti, hogy ez az igénye ki van elégítve.

Terápiaválasztás és kulturális diszpozíciók

A terápiaválasztás tényezői tehát e globális miliő lokális beágyazottságában értelmezhetők – egyaránt reakciók a nyugati orvoslás hazai helyzetére, a hazai ellátás jellegzetességeire és az alternatív medicinák kulturális rendszerekként elterjedésére. Ezekre a medicinákra, ideértve a nyugati medicinát is, azért szükséges kulturális rendszerként tekinteni, mert nem csupán egy adott terápiáról, hanem mindig egy szociokulturális kontextusba ágyazott jelenségről van szó.

A terápiaválasztással foglalkozó szakirodalom a KAM-mal kapcsolatos döntési mechanizmusban szerepet játszó tényezőket gyakran két csoportra bontja: a beteget a biomedicinától eltávolító tényezők („push factors”) és az alternatív medicina felé vonzó tényezők („pull factors”) (Furnham – Vincent 2000:61-78). Jóllehet a döntési folyamat ennél komplexebb, ez a dichotómia segíthet megérteni, mi indokolja a KAM alkalmazását.

Az eltávolító tényezőkhöz sorolható, ha egy adott betegségre nincs nyugati gyógymód, nem hatékony a biomedicina által javasolt gyógymód, illetve mellékhatásai annyira erősek, hogy a beteg (gyakran orvosa tudta nélkül) elhagyja, vagy alkalmazása mellett a konvencionális terápia mellékhatásai csökkentése érdekében komplementer terápiát vesz igénybe. E három push-tényező jól dokumentált a krónikus vagy visszatérő betegségek kapcsán, illetve a pszichoszomatikus tünetekben, betegségekben szenvedők körében. Továbbmenően, gyakori az a jelenség is, hogy számtalan nyugati diagnosztikus eljárás ellenére a biomedicina nem tudja megállapítani, a páciens milyen betegséggel küzd, vagy csak tüneti szinten kezelhető funkcionális zavart diagnosztizál.

A dichotómia másik pólusán a „pull faktorok” állnak, például egy olyan „egyszerű” tényező, mint hogy valaki távol-keleti küzdősportokban vagy jogában érdekelt, és ezért jobban vonzódik a távol-keleti medicinák felé, így például az ayurvédikus orvoslást preferálja. Az esetek többségében komplex folyamatról van szó: az egyén egy bizonyos alternatív medicina kulturális közegében felfedezni véli saját értékrendszerét, vagyis „filozófiai kongruencia” alakul ki az egyén és a KAM között. Milyen kulturális és egyéni értékekről, preferenciákról beszélhetünk tehát? Hangsúlyozandó, hogy itt nem egyetlen jól körülhatárolható magyarázó modelltől (világ-, ember-, betegség-, egészségkép) beszélhetünk, hanem különböző magyarázómodell-elemekről, melyek egyénileg változnak, ahogy a szocializáció és a „kulturális kreolizáció” folyamatában kialakul. Két kulturális diszpozíció (Geertz 2001) központi szerepet bír a KAM alkalmazásában: a „természetesség” és a „holizmus” preferálása.

A nyugati társadalmakban erősödő tendencia a „természetes” előnyben részesítése, mely többek között megnyilvánul táplálkozási szokásokban (pl. bio termékek), diétákban (pl. Paleolit diéta), illatszerekben, de még ruhaanyagok vagy cipők kapcsán is (pl. mezítlás cipők). A táplálkozás megváltoztatására gyakori indok az élelmiszeradalékok és „vegyszerek” bevitelének tudatos csökkentése, a terápiaválasztásban pedig a gyógyszerhasználat kerülése és az olyan terápiák preferálása, melyek a test öngyógyító mechanizmusait serkentik. Ebben az összefüggésben a „természetes” szinonimája az „ősi” és a „hagyományos”, a kulturális ellentéte pedig a „szintetikus”, a „méreganyag” és gyakran maga a gyógyszer. Hajlamosak vagyunk idealizálni azt, ami ősi, „ahogyan már dédapáink is csinálták”, ugyanis arra asszociálunk, hogy „tiszt”, „autentikus”, „olyan, mint amilyennek lennie kell”. Ezért is vélekedik sok ember úgy, hogy a viszonylag fiatal nyugati medicinához képest a hagyományos gyógymódok „megbízhatóbbak”.

A KAM-használathoz vezető filozófiai kongruenciában a következő fontos jelenség a „holizmus” diszpozíciója. A Keletről jövő orvosi rendszerek közös jellemzője, hogy kultúrába ágyazottak, vagyis az egészséggel kapcsolatos kérdések egy nagyobb filozófiai és szociokulturális rendszerben foglalnak helyet. A testi folyamatokat nem választják el az érzelmi, gondolati tartománytól, sőt, az embert fizikai környezetének és szociális hálójának részeként tekintik, mely területeket egyetlen uralkodó vallási-filozófiai érték- és szimbólumrendszer szö-

át, következésképp minden tartomány egylényegű, összefügg egymással.

Számos kultúrában folytatott kutatás azt mutatja, hogy az ember hajlamos fizikai betegségét pszichoszociális kontextusban értelmezni (Kleinman 1980; Garro 2000:305-333), főként azért, mert egyszerre éli meg ezeket a tartományokat: ha valaki influenzás, nehéz különválasztania a rosszkedvét és a fizikai tüneteket, vagy azt, ahogyan másokkal bánik fizikai és lelki állapota miatt. Ha a Földön létező kultúrák összességét nézzük (Kleinman 1980), ritkaságnak számít a nyugati orvoslás ama (már sok szempontból meghaladott) törekvése, hogy a biológiai tartományt leválassza az élet egyéb területeitől, melynek lehetősége a technológia fejlődésének köszönhetően egyébként is „újdonságnak” számít. Sokkal gyakoribb, hogy a kultúrák a fizikai betegséget ugyanabba az értelmezési keretbe, kategóriába helyezik, mint a balsorsot, a balesetet és a szociális problémákat (Kleinman *uo.*). Annak ellenére, hogy az orvostudományban is vannak törekvések egyfajta holisztikus megközelítésre (lásd: bio-pszichoszociális modell), a biomedicinában eddig inkább a redukcionizmus (az összetevők minél kisebb részekre bontása) és a specializáció (szakorvosok, szakellátás) volt jellemző.

A betegség Káosza, a jelentés Kozmosza

A magyarországi KAM világában (ahogy sok nyugati KAM szubkultúrában) számos kulturális hatás folyamányaként a holizmust leginkább a test és a lélek (vagy test–lélek–elme) egységeként definiálják. E meghatározás aszimmetrikus verziójának tekinthető az a vélekedés, hogy „minden betegség lelki eredetű”, azaz a pszichoszociális etiológia. Az érzelmi, gondolkodásbeli és társas tényezőknek tulajdonított fizikai betegség komplex megközelítés, amely számos KAM szubkultúra jellemző ismérve.

A „holizmus” és a pszichoszociális etiológia részben válaszreakció lehet a nyugati orvoslásban tapasztalható redukcionizmusra és specializációra. Egyfelől a test molekulákra bontása és az orvosi nyelvezet a laikus számára átláthatatlan rendszer, másfelől az a test, amit az individuumban él meg, az egészségügyi ellátórendszer és orvostudományi szakterületek felosztása miatt fragmentálttá válik. A nyugati medicina retorikája a laikus számára értelmezhetetlen lehet, esetenként a betegségnek tulajdonított specifikus ok jelentés nélküli maradhat a páciens számára. Sokaknak a biokémiai vagy genetikai ala-

pon nyugvó etiológia nem hordoz jelentést, és így a megértés igénye egy, az affektív és interperszonális tartományra is kiterjedő alternatív medicinához tárított értelmezési kerethez vezetheti őket.

Az elemzőképesség, tűrőképesség, és erkölcsi belátás határán elhelyezkedő geertzi Káosz kiterjeszhető a betegségre: egy olyan esemény, illetve állapot, mely nem pusztán értelmezésre vár, hanem értelmezhetetlen. Betegség idején választ keresünk olyan felmerülő kérdésekre, mint a „mit történt velem?”, „miért velem történt?” „miért pont most?” (Helman 1994), és Kozmoszt, rendet szeretnénk alkotni (Geertz 2001; Eliade 2006). A Káosz realitása különösen fenyegető a nyugati orvoslás által még diagnosztizálatlan betegek számára, akik a számos lelet ellenére sem tudják, mi okozza a tüneteket, mert a biomedicina – kulturálisan determinált kategóriáival – még nem konstruálta meg a betegséget. A betegség Káosza ugyanúgy fenyegető az ún. krónikus betegségek esetében is (pl. autoimmun betegségek), melyekre többnyire nincs hatékony gyógymód, csupán a tünetek csillapíthatók. Az utolsóként említett példa a végstádiumban lévő betegek által átélt Káosz, melynek során a jelentésadást az idő rövidege sürgeti leginkább. Sok beteg számára a nyugati medicina nem ad kielégítő választ a „miért”-ekre, ezért a beteg kontrollvesztést, tehetetlenséget és kiszolgáltatottságot érezhet.

A jelentésadás folyamatában megteremtett Kozmoszsal, renddel nő a beteg kontrollérzete, azaz „ha értem, tudom kezelni, befolyásolni”. A KAM gondolatrendszerek gyakran olyan nyelvezettel és jelentésrendszerrel bírnak, melyek a beteg számára könnyebben értelmezhetők és személyre szabhatóbb alapfogalmakból tevődnek össze. A pszichoszociális etiológia preferálására egy újabb magyarázat, hogy a betegség idején fellépő kontrollvesztésen a beteg úgy igyekszik felülkerekedni, hogy betegségképében nagyobb hangsúlyt fektet a jobban kontrollálható tartományokra – önön pszichológiai és szociális világára.

Bár az egyén személyre szabott magyarázó modellt alakít ki, a szomatikus betegség pszichológiai és szociális okokra való visszavezetése minden esetben arra az alap-premisszára épül, hogy az egyén affektív, kognitív és interperszonális világa hatással van a testére. Az oki teória kimerülhet a generalizált „stressz” fogalmában, de ennél jóval gyakoribb a betegség elaborált magyarázó modellje. Alább a pszichoszociális etiológia mögött rejlő lehetséges alapfogalmak tárgyalása után két, hagyományos kínai orvoslást alkalmazó páciens magyarázó mo-

delljének bemutatása következik, majd az oki teóriák megalkotása mögött rejlő lehetséges faktorok részletezése.

A pszichoszociális etiológia egyes premisszái

Elterjedt elképzelés, hogy „*semmi sem véletlen*”: az emberi lét aspektusai (szociális kapcsolatok, életesemények és körülmények stb.) egy nagyobb rendszer részei és minden meghatározott célt szolgál. Sokan célként a „*fejlődést*” neveznék meg: „*minden, ami történik velünk, a fejlődésünket szolgálja*”. A nagyobb rendszer, amely az emberi tapasztalást nyújtja, valamint a cél, ami érdekében „*tanul*” vagy „*fejlődik*”, sok, keleti medicinát alkalmazó beteg esetében erősen összefügg a karma és az „*univerzális energia*” jelenségeivel. Hazánkban is számtalan verzió él az energia és a karma leírására, de legtöbbször az utóbbi erőteljesen összefonódik egyfajta érzelmi/erkölcsi igazságszolgáltatással, a jó és rossz tengelyen: ha jó vagyok, jó dolgok történnek velem; ha rossz vagyok, szenvedek. A karma rendszerét az „*univerzális energia*” teszi lehetővé, mely minden létezőt átjár (vagy létrehoz) és általában a szeretettel vagy pozitív erkölcsi tartalmakkal töltött „*fénnyel*” azonosítják.

Az „*univerzális energia*” hozza létre azt a nagyobb rendszert, amelynek része az ember és minden, ami vele történik. A tanulás folyamata feltételezi egy lecke létezését: akkor vagyok kész a tanulással, ha tudom a tananyagot, megtanultam a leckét. Mi jelentheti itt a „*kész leckét*”, amelyhez az ember méri, hogy mennyit tanult meg belőle? Ez attól függ, hogy az individuum mit határoz meg a fejlődés végpontjaként. Sok cél létezik ezen a gondolkodásmódon belül is: „*a boldogság*”, „*a szeretet*”, „*az elengedés*” stb. Az individuum pedig mindig e célhoz viszonyítva ítéli meg önmagát. Ily módon, ha az egyén a fejlődés végpontját akképp fogalmazza meg, ahogyan ezt sokan teszik, azaz „*megtanulni szeretni önmagam*”, ez lesz az irányelv vagy élideál, amely szerint a mindenkori önmagát értékeli.

E szemléletben ez a rendszer irányítja az interperszonális kapcsolatokat („nem véletlen, hogy ezek az emberek és ezek a problémák az életben vannak”) és a testet is („nem véletlen, hogy a testemben ezek a problémák vannak”). Így tehát kölcsönös viszony alakul ki a testi betegség és a személyiségvonások között, mely úgy kerül megítélés alá, hogy az individuum összeveti a fejlődés céljával, vagyis

az éni-deállal. Az önértékelés pedig előbb-utóbb a jó–rossz tengelyen köt ki: ami nem felel meg az éni-deálnak, azon „dolgozni kell”, mert „még nem tanultam meg”, hogyan kell „jól viszonyulni” valamihez vagy valakihez. Az a személyiségvonás pedig, amin még „dolgozni kell”, interperszonális probléma vagy szomatikus betegség formájában jelenik meg. Számos szubkultúra az egészséget egy ideális énnel azonosítja, a gyógyulást pedig az ideális én felé vezető úttal (Csordas 1997; McGuire 1988). A római kultúrából származó mondásban az egészség a testből indul és a lélekre hat ki – „Ép testben ép lélek” –, míg a pszichoszociális etiológiában a mondas ok-okozati szempontból fordított: „Ha ép a lelkem, akkor következőképpen ép a testem”, vagyis „a test a lélek tükré”.

A kulturális kreolizáció miliójében kialakuló hibrid magyarázó modellek sok forrásból (különböző medicinák, tanfolyamok, könyvek, beszélgetések stb.) alakulnak ki. A lehetséges alap-premisszákból csupán pár került vázlatos ismertetésre, hogy bevezetőül szolgáljon a bemutatott esetek kapcsán.

Adél

Adél 26 éves egyetemista, akinek óvodás kora óta fennálló tüneteit 14 éves korában diagnosztizálták: Crohn-betegség és colitis ulcerosa, mindkettő krónikus, autoimmun betegség (a szervezet önmaga ellen fordul), melyre az orvostudomány jelenlegi állása szerint nincs hatékony gyógymód. Egy diagnosztizálás előtti antibiotikum-kúrától még rosszabb állapotba került: „Ez felnőtt betegség és nem gondolták, hogy egy óvodás gyereknek is lehet [...], mondták, majd kinövöm, hát nem jött össze, és 14 éves koromban meg már életveszélyben voltam”, meséli Adél. Az évek során kapott gyógyszeres kezelésektől erős vérzése nem szűnt meg, és továbbra is vérátömlesztésre van szüksége.

Elmondása szerint óvodás korától hisz a reinkarnációban, és 19-20 éves korában kapcsolatba került az agykontrollal, a kineziológiával és a családállításal; az akupunktúrát az utóbbi évben próbálta ki először. Az alternatív medicina és a betegségek „lelki okai” kapcsán Adél azt mondja, ő „mindig is nyitott [volt] az ilyen dolgokra”. A pszichoszociális faktorok betegsége korai kialakulása, jellege (autoimmun) és az orvostudomány általi megmagyarázhatatlanság kapcsán kerültek magyarázó modelljébe: „Nem gondolom [...], hogy mindig a betegségnek van egy lelki oka, de nyilván mivel én így születtem [...], nem ebben az életemben történt velem valami olyan, ami ezt kiváltotta [...], igazából orvosilag azért a mai na-

pi nem tudják, hogy miért van ez a betegség. Vannak elméletek, de igazán pontosan nem tudják”.

Adél betegútján kétszer is felmerült a jelentésadás igénye, először, amikor tüneteiből hosszú idő után a biomedicina betegséget konstruált: „Elvileg rossz az, amikor diagnosztizálják az embert... hát én nagyon örültem, hogy végre valamit tudunk”. Látható milyen jelentős szerepe van a tünetek a domináns orvosi rendszer noszológiájára (betegségkategorizáció) általi besorolásnak, ugyanis enélkül a tünetek strukturálatlan Káoszában marad az egyén, nem képes értelmezni és kezelni állapotát. A jelentésadás második folyamata akkor indult el, amikor a nyugati orvoslás nem adott Adél számára kielégítő magyarázatot a betegség okára vonatkozóan. A betegnek általában igénye van a szemantikai (a szavak szintjén) és szemiotikai szempontból (a jelentések szintjén) érthető és elfogadható orvosi kommunikációra (Helman 1994), de jelen helyzetben a betegség oka a biomedicina számára ismeretlen. Adél elmondásában elfogadta, hogy betegsége „gyógyíthatatlan [...], meg együtt élek vele, de nem beletörődöm”, és ekkor elkezdődött saját „kutatása” olyan „nem hétköznapi témákban”, mely elindították önismereti útján „előző élete[i]” és „családi energetikai rendszer[e]” feltárásában.

A jelentésadás folyamata Kozmoszt építő elemény, mely igyekszik a betegség értelmezhetetlen kialakulásának és fennállásának Káoszáat felülírni, az „elemzőképessége és tűrőképessége határát” (Geertz 2001) fenyegető helyzetet feloldani. „Azt gondoltam, hogy ez egy ilyen fejlődési folyamat, mondhatjuk úgy, hogy ez egy útvonal. Biztos, hogy van értelme annak, hogy ezt a betegséget kaptam, tehát, hogy nem csak úgy szívatnak odafentről, hanem tényleg valami értelme is van, hogy ebből lehet valamit tanulni, vagy valahova eljutni”. Adél szemszögéből a nyugati orvoslás magyarázó modelljének és terápiájának elfogadása a tétlenséggel és a tehetetlenséggel azonosult, míg az alternatív magyarázat konstruálása a tett, a haladás és a gyógyulás érzetével: „Örültem neki, hogy legalább van valami, ami mentén haladhatunk. Nyilván az orvostudományban, szedd a gyógyszert, oszt majd jobban leszel. Tehát itt akkor örültem, hogy van valami, amit tehetek, vagy valamit fölgöngyölíthetek, vagy valamivel foglalkozhatok, aminek a végén hátha a gyógyulás jön”.

Ahogy számos KAM-használó esetében, Adél szemében „önismereti” útja egygyé vált a gyógyuláshoz vezető úttal, az egészségkép az éni-deál „elérésében” vagy „megélésében” nyilvánul meg, mely „személyes fejlődés” révén érhető el. „Én azt képzeltem

mindig, hogy ha így fejlődöm, akkor képes leszek majd magamat meggyógyítani”; a komoly betegség pedig, mondja Adél, komoly személyes fejlődést tesz lehetővé. Betegüti helyzetei és döntései olyan szociális közegbe és olyan témák felé vitték, mely jelenségekkel egyébként nem került volna kapcsolatba. Adél szerint szomatikus problémájának pszichoszociális oka „fölgöngyöltésre” vár: „amit ha elvileg megoldok, akkor meggyógyulhatok [...], az orvostudományban ez a kapu nem volt nyitva, de természetgyógyászatban ott volt”.

Adél magyarázó modelljének kialakulásához főleg a kineziológia és a családállítás járult hozzá szervesen, valamint az önállóan végzett „kutatása” és ezen információk továbbgondolása. Az egyén általában azokat az információkat építi be oki teóriájába, melyekre diszponált. Adél első kineziológusnál szerzett élményét „furának” írta le, de mégis, meglévő diszpozícióját megerősítette: „Amikor először odamentem, rögtön egy olyan dolgot sikerült kiszedni, amit valójában tudat alatt tudtam, de tudatosan nem tudtam, egy ilyen családi dolgot, egy családtagom meggyilkolását”. Adél elmondásában tudott rokona huszonegy éves korában bekövetkezett haláláról, de a családnak ezzel a felével nem tartott kapcsolatot, így ez az információ gyerekkori emlékként maradt meg, melyről, az apjánál való puhatolózást követően megtudott további részleteket. A kineziológussal ko-konstruálták (közösben megalkották) a „sorsvállalás” oki teóriáját – a fiatalon eltávozott rokon nem élhetett, így Adél „szolidaritásból átvállalta energetikája” nagy részét: „Én sem élek... vérezgetek [...], őt lelőtték, volt vérzés, én is folyamatosan vérzek”. A gyógyuláshoz vezető út ebben a magyarázó modellben a „család energetikai rendszerének helyreállítása”, vagyis az évideál azon aspektusának elérése, melyet Adél „elengedésnek” tematizál, azaz „nem vállal szolidaritást” olyan események és emberek kapcsán, melyek megbetegítik. A magyarázó modell implicit prekonceptiója, hogy a test ad arról jelet, hogy mi az egészséges és az egészségtelen kapcsolódás a lélek számára.

Ebben a világ-, ember-, betegség- és egészségképben a szomatikus betegségek „mögöttes” vagy „igazi” okai úgy „táruznak fel”, mint ahogy „egy hagymanak a rétegei”. Tehát ok-okozati szempontból a „lelki” tényező, a pszichoszociális esemény, mely akár egy „korábbi életben” következett be, hatással van a testre (is), mely traumatikus emléket megőriz a test, majd aktuális környezeti és pszichoszociális ingerek hatására „felszínre kerül”, azaz fizikai betegségben nyilvánul meg. A magyará-

zó modellek dinamikusak, ugyanis ahogy az egyén új, beépíthető információval találkozik, az oki teória változik, bővül, mely az egyénre a „mélyebb megértés” érzetével hat. „A vastagbélre azt mondják, hogy a büntudat szerve”, mondja Adél és költői kérdésnek tűnő kijelentést tesz: „Óvodás korban mitől lenne az embernek büntudata?” Elmondása szerint sok forrásból hallotta ezt a szervszimbolikai elgondolást és azt, hogy „meg kell keresni, mitől” alakult ki a büntudat. A családállítás során szóba került, hogy Adélnak prenatális ikrei voltak, ez az információ egybecsengett egy gyerekkori emlékével, hogy három (képzelt) játszótársa volt mindig. A gyerekkori emlék prediszponálta arra, hogy az új információt összekösse a szervszimbolikai adalékkal, és magyarázó modelljébe építse: „Ez jött ki, hogy itt az ikervesztetteknel, nem mindenkinél [...], hogy van egy ilyen ’túlélők büntudata’, hogy ők nincsenek, de én vagyok, akkor én sem élek olyan jól”. Egy újabb szervszimbolikai értelmezés révén pedig a két oki teória („szolidaritásvállalás” és „ikervesztésből” származó „túlélők büntudata”) összefonódik: a vastagbél nem csak „a büntudat szerve”, hanem „a megemészthetetlen dolgok meg az elengedés” szimbóluma. Adél tehát betegségének okát a feldolgozás és az elengedés hiányával tematizálja.

Kriszta

Kriszta 50 éves, alkalmazott. Fájdalmat kezdett érezni a jobb keze két ujjában. Körülbelül két hónapja tartott ez a fájdalom, amikor más indok miatt ment házi orvosához, és ezt is megemlítette neki. Házi orvos a átutalta reumatológushoz, aki röntgenre és laborvizsgálatokra küldte, melynek eredményei nem mutattak gyulladást, így elmondásában annyit közölt vele, hogy a probléma „reuma”. Krémeket, gyógyszereket és különböző kezeléseket ajánlottak neki, amiket ki is próbált, de állapota csak rosszabbodott. A probléma kezdetétől számított egy év után másik reumatológushoz került, aki az autoimmun eredetű rheumatoid arthritist diagnosztizálta nála. Kriszta, sikertelen nyugati gyógymódok, hiányosnak ítélt orvosi magyarázatok, és több orvossal való kommunikáció után kétségbeesett: „Tehát az volt, hogy nem tudják, mi az oka, de gyógyíthatatlan”.

Három év után egy új, Kriszta számára megbízható házi orvos révén egy másik reumatológushoz került, aki felülírta az előző diagnózist: „Nem rheumatoid arthritisem van, hanem erozív arthritisem”, tudta meg. Kriszta első asszociációja és interpretációja szerint, „Ez az erozív, ugye nekem az

erózió, ez, az jutott eszembe, anno földrajz tanulmányaink során, ugye az erózió a kopás, mikor a hegyek, hogy kopnak, tehát hogy kopásos eredetű izületi betegség”. A reumatológus végül nem tudta őt fogadni, így a betegségre a háziorvossal kerestek rá a rendelőben, Kriszta elmondásában kevés információ áll rendelkezésre, ugyanis a reumára fókuszálnak a leírások. Nem sokkal később az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetbe (ORFI) kapott beutalót, ezt sugárkezelés követte, majd az ORFI-ban egy újabb kezelési ciklusban részesült. A sikertelen eljárások közepette a betegség a hüvelykujja kivételével már az összes ujját érintette, ekkor újabb szakorvosokhoz került és végül egy „erős gyógyszert” írtak fel neki. *„Na, most ezt is megnéztem utána a neten, bár ne tettem volna [...]. Hát ezt a rákos nagy-betegek kapják, ezt a gyógyszert, ez egy nagyon durva, erős gyógyszer [...], nagyon-nagyon sok mellékhatása van”,* mondja Kriszta.

Kriszta vonakodott ettől a gyógymódtól, nemcsak azért mert erősnek ítélte, hanem mert nem szeretett volna *„gyógyszeren él[ni] évekig”*. Amikor megkezdte a kúrát, volt szomszédnője édesanyja példáján keresztül éppen arról számolt be, hogy ez a gyógyszer függőséget okoz – Kriszta ekkoriban kapta meg egy akupunktőr telefonszámát egy ismerősétől. Korábbi életszakaszában Kriszta egyetlen személyen keresztül került kapcsolatba a KAM-mal, egy masszírozással, csontkovácsolással és kineziológiával foglalkozó hölgyön keresztül, aki derékfájdalommal kezelte. Krisztát – elmondása szerint – érdeklik *„ezek a dolgok”,* és bár *„vakon nem [hisz] semmiben”,* bevallása szerint nyitott volt e módszerek felé: *„Hagyom, hogy megismerjem, vagy hogy tapasztaljak valamit”*.

Az akupunktörhöz első konzultációra elvitte addigi leleteit, aki, Kriszta elmondása szerint *„ránézett, és akkor félre is tette”*. Kriszta betegútjával kapcsolatos narratívájában visszatérő elem, hogy a nyugati kezeléseket hatástalannak, az orvosokat pedig tanácstalannak érezte. Az akupunktőr egy új orvosi rendszer diagnosztikájával és értelmezési keretével egy számára elfogadhatóbb betegségképet kínált fel, melyhez a szükséges bizalmat a HKO orvos a betegség etiológiájára fektetett hangsúllyal nyerte el. *„Tehát nem azt olvasta, hogy mit ír a [nyugati] orvos [...], magának jegyzetelt és utána rám nézett, hogy jó, ő ezt mindent ért [...], de még nem látja az okát. Hogy, miért, meg honnan indult. És ugye ez a lényeg, hogy MITŐL?”* Ezután az akupunktőr a betegségkép ko-konstrukcióját ajánlotta fel, azaz Krisztát bevonta a betegség oki teóriájának kialakításába:

„Mert ugye [...], a reumatológián, azzal kezdték, nem tudják, mitől van, és gyógyíthatatlan. Ez az eleje meg a vége. Az [akupunktőr] ugye azzal kezdte, hogy jó, őt nem érdekli az orvosi papír, a lelet, jó, tudomásul veszi, de én mondom el, én mit érzek, én mit gondolok”.

Végül a HKO orvos és Kriszta együtt konstruálták meg az oki teóriát: *„És akkor én mondtam neki, hogy szintén, mikor még én kerestéltem itthon a neten természetes gyógymód után, mert hogy az orvosok nem igazán tudnak nekem segíteni”,* és egy biorezonanciával foglalkozó hölgy honlapjára bukkant, mely a *„betegségek lelki okaival”* foglalkozott. Kriszta már számos helyről hallott erről, de ezen a honlapon konkrétan a reumáról és a kézben fellépő fájdalomról olvasott, így értelmezte: *„Mert hogy én mindenkinek meg akarok felelni, és mindenkinek én teszek meg mindent, és ugye a kézzel, mindent a kézzel csinálsz. És ugye nekem nemhiába a kezem beteg”*. Kriszta az első konzultáción ezt elmondta az akupunktörnek, aki *„mosolygott csak, és bólogtatt, hogy jó, hát akkor ennyi”,* tehát konszenzusra jutottak a betegség oki teóriáját illetően. Betegútjában ez jelentős mozzanat volt, ugyanis mindaddig a nyugati orvoslás nem adott értelmezést és hatékony gyógymódot, és a két terápiaválasztási tényező közül az oki teória hiánya erőteljesebb szerepet játszott. A HKO oki teória hatása jelentősebb volt, mint egy új, *„erős”,* és Kriszta *„kutatása”* szerint hatékonynak ígérkező nyugati gyógymód – ezt jelzi, hogy a gyógyszeres kezelést az elején szakította meg, hogy akupunktúrával kezeltesse magát. Két összetett diszpozíciót szólított meg az első HKO konzultáció: 1) a gyógyszerfüggőségtől való félelméből táplálkozó *„természetesség”* iránti preferenciáját, és 2) a nyugati oki teória hiányából fakadó új betegségértelmezés iránti igényét. Mind a négy aspektusban a HKO egy potenciális megoldást ajánlott: gyógyszer nélküli, *„természetes”* gyógymód, mely ko-konstruált oki teóriát nyújtott egy eltérő orvosi rendszer betegségképével.

Kriszta pont a betegség kialakulása előttre datálja azokat a munkahelyi, családi és párkapcsolati problémákat, melyek *„gyültek”,* majd *„kijöttek”* (megnyilvánultak) ebben a szomatikus panaszban. Az akupunktúrák kezelése alatt Kriszta oki teóriája idővel és több forrás megismerésével elaboráltabb formát öltött: *„Úgy olvastam is, hogy tényleg így van, hogy én [...] mindig azt érzem, hogy én aranyos vagyok, kedves vagyok, és mindenkinek mindent szeretnék megcsinálni, és mindenkinek segítek, és mindig adok-adok [...], és én úgy érzem, hogy én meg nem*

kapok”. Interperszonális kapcsolataiban a gondoskodás gesztusait hiányolta, melyet saját erőfeszítései ellenére úgy érezte, nem kap meg – Kriszta oki teóriáját az „adás és kapás” jelenségei mentén tematizálja, melyet asszociáció révén összeköt kezeléssel, mert „mindent a kézzel csinálsz”. Látható, hogy a panaszos testrész fiziológiailag és kulturálisan determinált testhasználat, valamint szimbolikus értelmezése hangsúlyos szerepet játszik az etiológia konstruálásában, illetve legitimizálásában.

Amint az a pszichoszociális etiológiával rendelkező KAM-használók jelentős részénél jellemző, Kriszta is szembeállítja a gyógyszerzedést azzal, hogy „a betegség okát” kezeli: „Nem azt, hogy szedsz gyógyszert, és akkor, hú, majd nem fáj a fejed, hanem hogy miért fáj? A mélyét kell megkeresni, és hogy sok lelki oka van”. Jelenlegi élethelyzetében viszont a pszichoszociális etiológia még újszerű: nem volt ezelőtt komoly betegsége, a betegútja eddig a nyugati gyógymódok alkalmazásával zajlott, csak mostanában kezdett el olvasni és beszélgetni másokkal e témában, és magyarázó modellje még kialakulatlan abból a szempontból, hogy a betegséghez kapcsolt konkrét életeseményeket ebben értelmezze. „Tehát az kell, mert attól alakul meg tapasztal az ember, tehát az nem baj, hogyha nem nyílegyenes minden [...]. De mondjuk, tehát, ez nekem, úgy annyira összefőtt minden, tehát ez sok [...] azt érzem, hosszú-hosszú évek óta, hogy egyszerűen nem tudok kilépni innen”, meséli Kriszta könnyek között, és kérdi, hogy „most már nem bírom, hogy állok föl?”.

A Koszmoszá alakítás jelentősége

Adél többször hangsúlyozta: életútjában és a betegséggel folytatott küzdelemben jelentős tényező, hogy nagyon korán szembesült saját halálának gondolatával, ugyanis szerinte így olyan kérdéseken kellett elgondolkodnia, mint hogy „mi az élet értelme” és egyéb „nem hétköznapi témák”. Kriszta a halál és halál utáni elképzeléseken „annyira még nem gondolkod[ott]”: „Nem tudom, ez úgy már fölmerült mostanában többször bennem. Igazából nem, nem... tudom, tehát nem hiszek, hogy most másvilág, vagy mi van, tehát nem... mondjuk én így eleve ezt a halál témát azt úgy kerülöm, mert én azt nagyon nem bírom, az nekem, az nem megy [...], összeszorul a torkom, a szívem [...]. Én rosszul vagyok [tőle]”. Ennek ellenére, narratívája alapján feltételezhető, hogy diszponált arra, hogy a reinkarnáció beleépüljön magyarázó modelljébe: „[Arra gondoltam], hogy

mi rosszat tettem előző életemben, hogy ennyi csapás ér az utóbbi időben?” A kijelentést félig viccelődve mondta, de a beszélgetés során, mások példáján visszatért még rá.

Gyakran az, hogy az egyén hogyan értelmezi a környezetében lévő emberek betegségeit, nehézségeit, sokat elmondhat arról, hogy saját betegségének oki teóriáját minek alapján konstruálja, ugyanis az önmagunkra és másokra alkalmazott magyarázó modellünk általában homológ, Kriszta egyik barátnője példáját fejtette ki, akinek melldeganata lett „lelki okokból” – férje megcsalta és elváltak –, de a kérdésre, hogy a stressz vajon miért pont a mellét betegítette meg, Kriszta azt felelte, hogy „Igen, mondjuk azt, ennek nem olvastam annyira utána, hogy miért az. Ugye a nőiessége [...], mondjuk annyira nem ástam bele magam”. Egyértelmű meggyőződése volt, hogy barátnőjénél a daganatot ez az élethelyzet okozta, és újból látható a kulturálisan determinált testhasználat és szimbolika az érintett testrész (emlő) kapcsán. Kriszta egy másik példában egy kisbaba daganatos betegségtől bekövetkező haláláról számolt be: „Nem tudom, hogy az mi rosszat tett, mit vétett, kivel, mivel, annak miért..., még alig volt az életében valami, öneki mitől?”.

Kriszta saját betegsége és az általa említett példákban érzékelhető két fontos, az általános magyarázó modellje részét képező premissza: 1) a „lelki” jelenségek mintázatszerűen hatnak a testre (az érintett szerv/testrész „elmond” valamit a betegség „okáról”, lásd: saját keze, barátnője emlője), és 2) a betegség egyfajta büntetés (lásd: a gyermek példájában a „mi rosszat tett” gondolatkör). A betegség, mint büntetés érzékelhető saját betegségképében és interperszonális kapcsolatainak témájában is: „Megfogalmazódott így bennem, igen, hogy tehát én ilyen vagyok, hogy én nem tudok rossz lenni, én nem tudok bunkó lenni [...]. Tehát mit tettem olyat, amiért ezt csinálja?”. Az erkölcsi minősítés a két példában kialakulatlan, de már explicit – a betegség azokat sújtja, akik valamit „vétek”, vagy akik ellen „vétek” és feldolgozatlan trauma maradt. Önmagát még nem helyezte valamelyik kategóriába, még nem konstruálta meg oki teóriáját: „Tehát mit tettem olyat, amiért ezt csinálja? Versus „Én mit vétettem, amiért nem tud megbocsátani?” Ahogy a szomatikus panasz esetében is a „miért fáj?”, „mitől alakult ki [ez a probléma]?” volt a legfontosabb kérdés, úgy az élethelyzetei kapcsán is a miértetek megválaszolásának igénye bizonyul a legfontosabbnak. És még egyik tartományban sem érzi, hogy kielégítő válasz lenne.

A Káoszt, írja Geertz, képtelenek vagyunk kezelni, „Mivel az ember legjellemzőbb rendeltetése és legbecesebb birtoka a koncepció, a legféltettebb számára az, ha valami olyannal találkozik, amit nem tud értelmezni” (Geertz 2001). A miértekre keresett válasz sürgető a szenvedéssel járó betegségeknel, különösen akkor, ha nem áll rendelkezésre a domináns orvosi kultúra által nyújtott magyarázó modell, melyet az egyének szabadságában áll elfogadni vagy elutasítani. Az egészség és az ideális én összekapcsolása éppen olyan gyakori, mint a betegség és büntetés összekapcsolása: „A szenvedés problémája könnyen átcsúszik a gonosz problémájába, hiszen ha a szenvedés elég komoly [...], erkölcsileg igazságtalannak tűnik, legalábbis a szenvedő számára” (Geertz uo.). A betegség okozta szenvedést Weber teodícea-fogalmával párhuzamba állíthatjuk (Weber 2005), vagyis azzal, hogy „az igazságtalan és tökéletlen társadalmi rend összeegyeztethetetlen az isteni gondviseléssel” (Geertz uo.). Hasonló paradoxon jöhet létre az egyén tapasztalati és gondolati világában, ahol „a dolgok tényleges és kívánatos helyzete között tátonog szakadék az aggasztó, a szakadék aközött, hogy szerintünk a különböző emberek mit érdemelnek és mit kapnak – feltéve, ha a jóról és rosszról alkotott fogalmainknak van értelme” (Geertz uo.). Tehát a betegség, amennyiben Káoszt idéz elő, vagy ahogy Kriszta fogalmazott, „*összeomlott az ember, persze, mert nem tudta hova tenni*”, próbára teszi az egyén erkölcsi normáit, akár egész világképét, és gyakran megváltoztatja tartalmát.

A jelentésadás tényezői

Láthattuk, hogy a pszichoszociális etiológia konstruálása voltaképpen a betegség révén létrejövő Káosz, az értelmezhetetlenség fenyegetése miatt alakulhat ki, amikor a világról és erkölcsről alkotott szimbolikus tartalmak meginognak a tapasztalati realitás tükrében. A két ismertetett esetben, a pszichoszociális elemeket hangsúlyozó magyarázó modellek kialakításában közös predisponálási tényező, hogy autoimmun, krónikus és jelenleg gyógyíthatatlannak minősített betegségekről van szó, továbbá a nyugati orvoslás nem rendelkezik olyan elaborált oki teóriával, mint más betegségek kapcsán. A leírt magyarázó modellek dinamikusan változó rendszerek, melyek az új életesemények (szomatikus, klinikai, interperszonális stb.), tapasztalatok és információk hatására módosulnak – de

milyen alapvető faktorok különíthetők el egy-egy oki teória konstruálásában?

A leírt esetekből kitűnik, hogy a betegség jellege (pl. krónikus), a betegség kezdete (korai életszakasz vs. felnőttkorban kialakuló), valamint a betegség gyógyíthatósága (a nyugati orvoslás rendszerében) erőteljes befolyásoló tényezők. Jelentős továbbá, hogy az egyén miként ítéli meg a számára javasolt nyugati gyógmódot, ezt elfogadja-e, és ha igen, milyennek ítéli meg hatékonyságát – ezek a faktorok is számos befolyásoló tényezővel bíró komplex jelenségek.

Kijelenthető, hogy a Káosz állapotát létrehozó betegség kiváltja a miértekre keresett válaszok utáni vágyat és növelheti a jelentésadás fontosságát. Ebben a folyamatban fontos, hogy az egyén hol és hogyan keres információt, miként szűri meg, valamint az információforrásokat milyen implicit és explicit kritériumok alapján minősíti. Az eseteírásokban számos példa illusztrálja, hogy azokra a tartalmakra, melyeket az illető végül magyarázó modelljébe integrál, gyakran predisponált volt: „*Valójában tudat alatt tudtam, de tudatosan nem tudtam*”, írja le Adél az információt, melyet a kineziológusnál kapott. Ezt támasztja alá Kriszta korreláló példája a „*rákos nagybetegek*” gyógyszerre kapcsán – szomszédnője személyes története validálta saját (szintén predisponált) kutatómunkájának eredményét: „*erős mellékhatásokat*” és függőséget okoz.

A specifikus oki teória konstruálásában fontos szerepe van a személyes asszociációnak és/vagy az érintett szervvel/testrésszel kapcsolatos emlékeknek. Kriszta esetében jelentős kép az „*erozív*” szó kapcsán felbukkanó „*földrajz tanulmányok*”, ahogy a „*hegyek kopnak*”, az időjárás és egyéb viszontagságokkal, igénybevétellel létrejövő kopás, melynek szimbolikus értelmezése a keze adás-kapás tematizációjában is megjelenik. Adél, a különböző önismereti és gyógyító módszerek révén felelevenített, rokonához fűződő gyerekkori emléke a vérzéssel kapcsolatos: „*Én sem élek... vérezgetek [...], őt lelőtték, volt vérzés, én is folyamatosan vérezek*”. Ezek az asszociációk diszpozíciókat képeznek, melyek hatással vannak arra, hogy miként ítéli meg az információt, mellyel találkoznak: az implicit kérdés az, integrálható-e a meglévő magyarázó modellbe?

A pszichoszociális oki teória erőteljesen támaszkodik a kulturálisan determinált testhasználatra (vö. Mauss 2000), valamint az egyén fiziológiai és anatómiai elképzeléseire. Adél betegsége a bélrendszerét érinti, melyet ő a „*megemészthetetlen dolgokkal*” hoz összefüggésbe, Kriszta pedig

keze betegségét a „túl sok adás”-sal és „túl kevés kapás”-sal tematizálja. Más HKO-t alkalmazó, pszichoszociális etiológiával rendelkező betegeknel is hasonló szimbolika alakul ki absztrakció révén: „*a máj méregtelenít*” (a „*mérget nem tudom elengedni*”); a fülben jelentkező panasz valami „*meghallásával*” kapcsolatos („*nem akarom meghallani*” vagy „*túl sokat hallgatom*”); vagy a láb esetében az „*előrelépés, haladás*” asszociációjával. Hasonlóképpen, az egyén anatómiai ismeretei is szerepet kaphatnak a betegségértelmezés kialakításában, például: „*a vese páros szerv... párkapcsolati gondok lehetnek*” a betegség mögött.

Amikor a testhasználatról, fiziológiáról, vagy anatómiáról már távolabbi asszociációra épül a szimbolika, valószínűleg az adott KAM medikális rendszere is hatással van a betegségértelmezésre. Elterjedt elképzelés a HKO világában, hogy a tüdő betegségei, gyengeségei a „*szomorúsággal*” kapcsolatos problémákat jelölnék. Ez azért van, mert a HKO orvosi rendszere az affektív tartományra is kiterjed, és összefüggésbe hozza ezt a szervet ezzel az érzellemmel. Az ilyen kultúraspecifikus (rész-) információk hatással lehetnek a pszichoszociális etiológia konstruálására. Továbbá számos elképzelés terjedt el a testszimbolikával kapcsolatban, például, ha a betegség a test jobb oldalát érinti, akkor a „*maszkulin/apa/külvilág*” tartományban található a pszichoszociális probléma, ha a bal oldalát, akkor a „*feminin/anya/önmagunk*” tartományban kell keresni az okot. Ez a fajta testszimbolika eltérő tartalmakkal bír a különböző KAM szubkultúrákban, és jóllehet a beteg az interneten, könyvekben, magazinokban, televízióban találkozhat ezzel a témával, korántsem biztos, hogy magyarázó modelljébe integrálja.

A magyar nyelv testtel kapcsolatos kifejezései, közmondásai viszont minden magyar beteg pszichoszociális oki teóriájára hatással vannak, csupán eltérő módon és mértékben. Adél esetére visszatérve, prominens szerepet kapnak az „*emésztés*”, a „*feldolgozás*” és az „*elengedés*” jelenségeit leíró kifejezések; míg Krisztánál a kézzel végzett tevékenységek idiómái: a „*kezet nyújt*”, „*kezeskedik*”, „*kézhez kap*” mind direkt vagy indirekt módon befolyásolják a „*kéz*” szimbolikus tartalmát. A nyelv nemcsak tükrözi, ahogyan egy kultúra gondolkodik, hanem befolyásolja is azt (vö. Sapir–Whorf hipotézis) – ez a kétirányú hatás az egyén szintjén is megvalósul.

Tehát a pszichoszociális oki teóriát és a betegség magyarázó modelljét befolyásolják a betegség

specifikumai (jellege, kezdetének időpontja, tünetei stb.), az egyén viszonyulása a domináns medikális rendszer által kínált magyarázó modellhez és protokollhoz, a beteg meglévő kulturális és egyéni diszpozíciói, az érintett terület kulturális testhasználat, a kapcsolódó fiziológiai és anatómiai elképzelések, medicina-specifikus elképzelések (affektív elemek, test- és szervszimbolika stb.), valamint anyanyelve (vagy akár a tanult nyelvek) idiómái. A faktorok mindegyikét, sőt, magát a percepciók folyamatot is átítatja az információsűrűs komplex jelensége, melyet szintén erőteljesen befolyásolnak a kulturális és egyéni diszpozíciók. A magyarázó modellek a pszichoszociális etiológia tekintetében is dinamikus rendszerek, melyek eltérő mértékű plaszticitással rendelkeznek.

Énideál és a betegség mint „tanító”

A pszichoszociális etiológia, mint a betegségkép része, hogyan illeszkedhet a világképbe? Amennyiben az énideál „*tanulás*” általi elérése az egyén számára megfogalmazott cél, a betegség, ugyanúgy, mint a többi életeseemény, „*tanító*” céllal történik. „*Azért vagyunk, és azért kapjuk ezeket a különböző nehézségeket meg problémákat, mert azzal még nekünk még valahogy dolgunk van, merthogy valamiért még azt nem tudtuk úgy megoldani, ahogy azt kéne*” mondja Anikó, 41 éves, tartós nőgyógyászati panaszokból meggyógyult alkalmazott. Esetének vinyet-tája:

„*Mindig visszatért ez a probléma és nem tanultam belőle, hogy mi lehet, míg egyszer csak valamilyen [...] beszélgetés során [...] elkezdett bennem ez így kikerülődni, hogy de hát ez azért van, mert én ezt meg ezt csinálom, meg ilyeneket gondolok magamról, meg a kapcsolatomból [...]. És ahogy ezt így megértettem, és elkezdtem ezzel úgy foglalkozni, hogy tudatosan [...], tehát nem gyógyszereket szedni, akkor egyszer csak elhatároztam, hogy na én akkor ezt most így leteszem, és elegendő van belőle és megoldom. És [...] egy-két hét alatt úgy eltűntettem magamból ezt a betegséget, hogy azóta se jött így elő bennem. Tehát [...] valahogy ezt így sikerült magamban tisztázni, vagy rájönnöm, hogy mi a dolognak a gyökere és odáig lemenni és azt megoldani és utána minden így egy csapásra megoldódott*”.

Narratívájából kitűnik, betegségképének hangsúlyos eleme: a szomatikus problémának pszichoszociális „*gyökere*” van és a betegség egy általa konstruált ideális intra- és interperszonális viszo-

nyulásra „tanítja”. Anikó is szembehelyezi egymással a betegség „tudatos” és „gyógyszeres” kezelését, mely sok pszichoszociális etiológiával rendelkező egyénre jellemző attitűd. A vinyettából kiderül az is, hogy Anikó fizikai gyógyulásélményét az affektív tartományban lokalizált érzelmi ok „elengedésével”, „megoldásával” konstruálja. Egy betegség specifikus oki teóriája akkor éri el a legkevésbé plasztikus formáját, azaz akkor nyerheti el „végső” tartalmát, amikor retrospektív magyarázó modellről van szó, tehát a gyógyulás már bekövetkezett, utólag értelmezi az egyén, hogy mi történt és miért.

Összegzés

A miértek megfogalmazásában léphet leginkább interakcióba az egyén betegségképe (vö. „a szenvedés problémája”) és világképe (vö. „a gonosz problémája”). Az olyan globalizációs folyamatok, mint a nagymértékű policentrikus információtermelés és információáramlás, a plurális egészségügyi rendszer és ennek piacán egyre differenciáltabb és népszerűbb komplementer és alternatív medicina, hatással vannak az individuuum egészségügyi témákkal kapcsolatos döntéseire, attitűdjeire is. A hagyományos kínai orvoslás és számos egyéb KAM tekintetében a terápiaválasztásban jelentős szerepet játszik a „természetesség” és a „holizmus” diszpozíciója. Az előbbi diszponálhatja a beteget a gyógyszerek (vagy akár magának a nyugati orvoslásnak) elutasítására, az utóbbi pedig pszichoszociális elemekkel hangsúlyos etiológia felé vonzza. Amellett, hogy bizonyos koncepciók (pl. karma, energiaképzetek) integrálása fontos a magyarázó modell konstruálásában, a betegség jellege, időzítése, pszichoszociális és klinikai kontextusa is prominens szerepet játszik. Fogalmazhatunk úgy is, hogy a szomatikus tartományunkból származó tapasztalataink formálják a kognitív tartományunkban helyet kapó magyarázó modellünket, és ez fordítva is igaz: betegségképünk hatással van arra, miként észleljük és értelmezzük a testünkben zajló folyamatokat.

Felhasznált szakirodalom

- Bishop, F. L. – Yardley, L. – Lewith, G. T. 2010 Why consumers maintain complementary and alternative medicine use: A qualitative study. *Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 16(2):175-182.
- Clarke, T. C. – Black, L. I. – Stussman, B. J. – Barnes, P. M. – Nahin, R. L. 2015 Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National health statistics reports; no 79*. Hyattsville, M.D., National Center for Health Statistics.
- Csordas, T. J. 1997 *The sacred self: A cultural phenomenology of charismatic healing*. University of California Press, California.
- Eardley, S. – Bishop, F. L. – Prescott, P. – Cardini, F. – Brinkhaus, B. – Santos-Rey, K. – Vas, J. – von Ammon, K. – Hegyi, G. – Dragan, S. – Uehleke, B. – Fønnebo, V. – Lewith, G. 2012 A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forschende Komplementarmedizin*, 19. Suppl. 2:18-28.
- Eliade, M. 2006 *Az örök visszatérés mítosza*. Európa Könyvkiadó, Budapest.
- Eriksen, T. H. 2001 *Small places, large issues: An introduction to social and cultural anthropology*. Pluto Press, London.
- Frass, M. – Strassl, R. P. – Friehs, H. – Müllner, M. – Kundi, M. – Kaye, A. D. 2012 Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *The Ochsner Journal*, 12(1):45-56.
- Furnham, A. – Vincent, C. 2000 Reasons for using CAM. In Kelner, M. – Wellman, B. – Pescosolido, B. – Saks, M. eds. *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 61-78.
- Garro, L. C. 2000 Cultural Meaning, Explanations of Illness, and the Development of Comparative Frameworks. *Ethnology*, 39(4):305-333.
- Geertz, C. 2001 *Az értelmezés hatalma*. Osiris Kiadó Budapest.
- Hajer, M. 2003 Policy without polity? Policy analysis and the institutional void. *Policy Sciences*, 36(2):175-195.

- Hegyí, G. – Fonnebo, V. – Falkenberg, T. – Hok, J. – Wiesner, S. 2013 A komplementer medicina jogállása és szabályozása Európában. *Lege Artis Medicinae*, 23(7–8):350-363.
- Helman, C. G. 1994 *Culture, health and illness*. Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Kleinman, A. 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley.
- Mauss, M. 2000 *Szociológia és antropológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- McGuire, M. B. 1988 *Ritual Healing in Suburban America*. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Molassiotis, A. – Fernandez-Ortega, P. – Pud, D. – Ozden, G. – Scott, J. A. – Panteli, V. – Margulies, A. – Browall, M. – Magri, M. – Selvekerova, S. et al 2005 Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology*, 16:655-663.
- Molnár A. K. 1998 Új vallási jelenségek. In Lugosi Á. – Lugosi G. szerk. *Szekták, új vallási jelenségek*. Pannonica Kiadó, Budapest, 16-28.
- Thomas, K. J. – Nicholl, J. P. – Coleman, P. 2001 Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med*. 9:2-11.
- Tindle, H. A. – Davis, R. B. – Phillips, R. S. – Eisenberg, D. M. 2005 Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997–2002. *Altern Ther Health Med*. 11(1):42-49.
- Varga O. E. 2007 *A természetgyógyászat integrációja a modern medicinába, különös tekintettel az orvoscépzésre és a hazai jogi szabályozásra*. PhD értekezés. Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet.
- Weber, M. 2005 *Vallásszociológia*. Helikon Kiadó, Budapest.
- van Wolputte, S. 2004 Hang on to your self: of bodies, embodiment, and selves. *Ann. Rev. Anthropol.*, 33:251-269.
- Zörgő S. – Györfly Z. 2016 Gyógyítók a komplementer és alternatív medicináról – kvalitatív elemzés eredményei alapján. *LAM*, 26(9-10):421-428.

