

A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGFOGALOM NÉHÁNY FILOZÓFIAI ASPEKTUSA

„Az emberi szellemnek aligha kellett valaha is jobban megerőltetnie magát, mint annál a próbálkozásnál, hogy a kóros elméleti jelenségeket, amelyeket elmebetegség kifejezéssel foglalunk össze, klasszifikálja.”

Hack Tuke

A pszichiátriai betegségfogalommal kapcsolatos nézetek és polémiák látszólag csupán az orvostudomány egyik szakterületének tárgyát képezik. A viták alaposabb elemzése során azonban nyilvánvaló, hogy a pszichiátriai betegség problematikája meghaladja a pszichiátria hatókörét, hiszen direkt vagy indirekt módon érintve a tudat fogalmát, már interdiszciplináris kérdéssé válik. Mint Eccles, az egyébként szubjektív idealista következtetésekre jutó Nobel-díjas agykutató is írja a Pontificia Academia Scientiarum által rendezett szimpozion kiadványának előszavában: „a filozófiához való viszonyt nem lehet kizárni” az agy és a tudatos tevékenység vizsgálata során. 4.

Mai felfogásunk szerinti pszichiátriai betegségekre utaló tüneteket már az ókor irodalmi emlékeiben (India, Görögország, Róma) találunk. Létezésüket az empiria elfogadta, ha a kor uralkodó felfogásának megfelelően nem is mindig értelmezte betegségként (bár a betegségkénti felfogás már Hippokratesznál felbukkan). A mai orvosi szemléletünkkel pszichiátriai betegnek tarthatókkal szembeni megítélés és beállítódás az évszázadok során lényeges változáson ment át. Míg feltételezhetően sok pszichotikus, hisztériás vagy más pszichiátriai betegségben szenvedő egyén vált az inkvizíció, a boszorkányüldözések áldozatává, a Nagy Francia Forradalom lényeges változást eredményez, Pinel leveteti a láncokat — amelyek egyben jelzik a korábbi „terápia” és hozzáállás lényegét — az elmebetegekről.¹⁵

A tudomány fejlődésével — főleg a múlt században fellendülő neuropathológia nyomán — általánosan elfogadottá válik a pszichiátriai kórformák betegségkénti elfogadása, s ez hosszabb távon is meghatározza a pszichiátria fejlődésének főirányát. Függetlenül az adott kor vagy társadalom uralkodó, idealista világnézetétől, általánossá vált az ún. „orvosi modell”, amely a pszichés betegségeket leegyszerűsítve az agy megbetegedésével azonosítja, tehát materialista módon, ha mechanisztikusan leegyszerűsítetten is értelmezi. Ezt fejezi ki Griesinger múlt századbeli felfogása: „Die Geisteskrankheiten sind Gehirnrkrankheiten” — vagyis az elmebetegségek az agy betegségei; amely később vagy orthodox tétellé merevülve a szigorúan vett organikus, biológiai iskolák lényegét fejezi ki, vagy éppen mechanikus materialista szemlélete miatt támadások kereszttüzébe kerül. Lényegében a freudi rendszer keletkezése is jelzi az elszakadást (sőt ennek egyes fázisait is) ezektől a nézetektől, kétségbe vonván, hogy a tudati folyamatok és az agy, ill. idegrendszer között közvetlen összefüggés áll fenn.¹⁶ Ugyanakkor, mint később egyes követői ezt szemére is vetik, Freud nem válik el teljesen az organikus alapzattól. „A pszichoanalízis elméleti rendszere, amit megteremtettünk, a valóságban egy felépítmény, amelyet valamikor majd organikus alapjára kell felhelyezni: de mi még ezt most nem ismerjük.”⁷ „A pszichés számára a biológiai valóban alapját jelentő terméskő.”⁸ A pszichoanalízis nyomán kialakulnak azok a pszichiátriai iskolák, amelyek részben vagy egészben az agyon kívül keresik

e betegségek okait, külső tényezőkben, interperszonális relációkban, társadalomban stb. (pszichiátriai szociológia, neo-pszichoanalitikusok, antipszichiátria). A hagyományos orvosi modell mellé felsorakozik az ún. szociológiai-társadalmi modell is.²³

Az orvosi modell alapvető hibája, hogy a pszichiátriai betegséget mechanikusan az általános betegségfogalom alapján kívánja levezetni. Tulajdonképpen az általános betegségfogalom is számos problémát rejt magában. Ezek hatványozottabban jelentkeznek, ha mechanikusan alkalmazzuk pszichiátriai kórképekben.

Az általános betegségfogalommal kapcsolatban is sok ellentmondásos nézet uralkodik, még bonyolultabb a kép a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatban.¹⁴

A klasszikus betegségfogalom kiindulópontja a beteg szubjektív panasza: ennek, a ma is több formában létező betegségfelfogásnak az a hibája, hogy azonosítja a *betegséget* a *betegségtudattal*. Számos testi értelemben vett betegség (pl. a magas vérnyomás még szubjektív panaszokat nem okozó szakasza, a cukorbetegség, az ún. latens vírushordozók, de még olyan életveszélyt jelentő betegség, mint a rosszindulatú daganat is) hosszú ideig nem okoz panaszt, tehát nem vált ki betegségtudatot.¹⁴ A szubjektív panaszokon alapul Kraüpl—Taylor „kezelés-centrikus” betegségfelfogása is, amely a betegség alapvető követelményének azt tekinti, hogy „ő maga (ti. a beteg) vagy mások arról vannak meggyőződve, hogy orvosi kezelést igényel.”¹⁶ Ennek a meghatározásnak az a hátránya, hogy eszerint senki sem beteg addig, amíg ezt meg nem állapítják.¹⁴ (E felfogások egyértelműen szubjektív idealizmushoz vezetnek.) Orvosiilag és filozófiailag egyaránt vitatható ez a szemlélet, hiszen létezik olyan betegség(-szakasz), amiről a beteg nem tud (pl. malignus folyamatok), számos betegséget pedig sem a beteg, sem a környezete nem tart annak. Ennek az álláspontnak az elfogadása ahhoz az elfogadhatatlan állásponthoz vezetne, hogy a betegséget ontológiaiilag egy episztemológiai kritériumhoz kötnénk.

Más betegségdefiníciók is kétségessé teszik a pszichiátriai betegségre való mechanikus átvitel lehetőségét. Van olyan betegségmeghatározás, amely egyszerűen a betegséget valamilyen általános normától való elhajlásként definiálja, akár szomatikus értelemben az adott anatómiai struktúra, biokémiai, fiziológiai paraméterek változásaként. Sokak által akceptált, sokak által vitatott a Kurt Schneider-i koncepció, mely szerint a „betegség” szó a testi, strukturális vagy funkcionális elváltozást implikálja, ezírt a neurózist és a pszichopathiát csak „abnormális lelki állapotnak” tartja, amely bizonyos értelemben a normális egy válfaja, amely nem mutat lényegbeli eltérést a normálishoz képest.²⁴ Ez a mereven szomatikus szemléletű felfogás azt az érvet adja az orvosi modell ellenzőinek, hogy pszichiátriai jelenségek esetében nem lehet úgy meghatározni a „normát”, ahogyan az pl. a szív, tüdő vagy más belszervi működés esetén lehetséges. Ugyanakkor hova sorolandó az olyan, testi normától való „elhajlás”, amelyet az egyén nem él meg betegséggként (pl. hatujjúság)?

Általános érvényű (s egyben legtagabb) lehetne az Egészségügyi Világszervezet egészségfogalma. E szerint az egészség, a „teljes testi, lelki és szociális jólét”. Ez viszont már idealizált jellegénél fogva is hipotetikus, éppen ezért számos vita forrása, hiszen — mint hivatkozni szoktak rá —, nem tekinthető egyforma mértékben betegnek a rákos beteg és az a személy, aki nem éri el a vezérigazgatói státuszt, tehát szociális közérzetében károsodott.

A modern medicina paradigmájaként a betegség a „struktúra és funkció abnormalitása”. Ami az organikus betegségekre általános érvényű, az problémát jelent a pszichiátriában, hiszen pl. a hisztéria, amely egyértelműen pszichiátriai betegség, rácsafol arra, hogy a „betegség = organikus pathológia”.^{5, 6} Nem véletlen, hogy Freud is a hisztériát tanulmányozva rakta le elméletének, a pszichoanalízisnek alapjait, és a 60-as évek híressé vált könyvében Thomas Szasz is ennek alapján írta meg az „elmebeteg-

ség mítoszát". Valóban lényeges érve a pszichoszociális eredet mellett síkraszállóknak, hogy a klasszikus „biológiai” pszichiátria a pszichiátriai betegségeknel feltételez organikus, agyi elváltozást, de leszámítva az organikus betegségeket (pl. agydaganat, gyulladások, fertőző betegségek okozta pszichés tüneteket, a pszichoorganikus kórképeket) ezt nem tudja bizonyítani. (Kérdés azonban, hogy a „bizonyíthatatlanság” nem az élőben vizsgálhatatlanságból, vagy pedig a tudomány jelenlegi viszonylagos fejletlenségéből adódik-e, s csak idő kérdése a bizonyítás?)

Vannak nézetek, amelyek a pszichiátriai betegséget a szubjektív oldalról közelítik meg (a beteg panaszja vagy panaszmentessége). Sokan a „betegségbelátás” hiányát tartják pathognosztikusnak, amit több pszichiátriai kórkép (depresszió, neurozís, vagy a „célon túllövő”, extrém betegségtudattal járó hypochondria) egyaránt cáfol; ugyanakkor tény, hogy az elterjedt szomatikus szemléletnek megfelelő tünetek hiánya miatt nem világos a beteg előtt, hogy a szociális, kommunikációs, adaptációs stb. funkciók zavara is betegségtünet lehet.

Bizonyos értelemben reneszánszát éli a már említett Kurt Schneider-i koncepció, mely túlhangsúlyozza a pszichiátriai betegségek organikus eredetét, míg a kimutatható organikus elváltozások nélküli anomáliákat a „normál” variánsaként fogja fel. Szasz — Kendell szerint — lényegében a Kurt Schneider-i koncepciót viszi ad abszurdum, állítván, hogy csak a testileg megalapozott, organikus elváltozást lehet betegségnek nevezni, tehát az elmebetegség csupán mítosz.¹⁴

A pszichiátriai betegségek filozófiai értelmezését megnehezíti, hogy az egyébként helyes és korszerű törekvés — a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos társadalmi tényezők vizsgálata — rendszerint nem komplex szemlélet keretében, hanem meglehetősen egyoldalúan, „önállósulva” jelentkezik. Ennek megnyilvánulása az elmebetegség sommás devianciakénti megítélése is.

„Az elmebetegség szociológiai szempontból normasértő, az általános elvárásoktól elhajló, deviáló magatartásmód. Ezért vizsgálata szokásos abban a nagy szemléleti keretben, amelyet devianciakutatásnak neveznek.”²

Véleményünk szerint a deviancia teóriák egy tünete, jelenségre építenek, holott „a viselkedés objektív vizsgálata nem tárja fel az emberi pszichikum döntő folyamatait, körüljárja azt, nem hatol be a történések lényegébe”.¹ Ugyanez érvényes pathologikus vonatkozásban is. A deviancia elv a történelmileg változó normarendszer megsértéséből indul ki. Ezáltal mintegy tagadja, hogy a pszichiátriai betegségben, a számos relatív komponens mellett létezne valamiféle „abszolút”, ill. közös is. Képviselei előszeretettel hivatkoznak Benedict „kulturális relativizmusára”: „amit az egyik kultúrában normálisnak tekintenek, azt teljesen aberránsnak tarthatják a másokban.”²⁸

A devianciakénti, normasértéskénti értelmezés igen ellentmondásos következményekhez vezet. Ugyanis „mind több viselkedésbeli megnyilvánulás vonódik ma be a pszichiátriai és a klinikai lélektan hatókörébe — így pl. ma már csaknem minden deviáns magatartásmód ide tartozik, beleértve a bűnözés „nonprofit” formáit, de a pszichoterápia és a pszichoanalízis közvetítésével ide tartozik a személyiség éretlensége, számos enyhe, szubklinikai zavara, képességihiánya, non-konformizmusa vagy túlkonformizmusa is.”² Roscsin példaként arra hivatkozik, hogy L. J. West amerikai pszichiáter az USA-beli non-konformista fiatalokat a lázongók három kategóriájába sorolta: az elsőbe tartoznak a „zöldek”, a narkománok, a másodikba a „vörösek”, a forradalmárok és a harmadikba a „feketék”, a radikális néger szervezetek tagjai. Ily módon a narkomán betegek és a demokratikus átalakulásért, valamint a négerék jogaiért harcolók csak abban különböznek, hogy a patológikus esetek különböző fajtáit jelenítik meg.²² Ezt figyelembe véve érthetjük meg és méltányolhatjuk, sőt

jogosnak is tarthatjuk T. Szasz és mások tiltakozását. Szasz ezt írja: „Komoly veszély rejtőzik itt, hiszen terapeutikai törekvéseiben a kormányzás nem elégszik meg a segítség felajánlásával...” „Úgy vélem, hogy rohamosan közeledünk egy terapeutikai államhoz. Lehetséges, hogy már ilyenben élünk, csak még nem tudatosodott bennünk.”²⁶

A 60-as években meginduló antipszichiátriai és más radikális pszichiátriai mozgalmak képviselői (Laing, Szasz, Foudraine, Scheff és mások) szintén a deviancia teóriákat tekintik kiindulópontnak. Ezen túlmenően azonban többen közülük állítják, hogy a pszichiátriai betegségek keletkezésében döntő szerepe a „minősítésnek”, címkézésnek (labelling), megbélyegzésnek van, ami e felfogás szerint tulajdonképpen nem következménye, hanem kiváltója a betegségnek.²⁹

„Embereket milliói elfogadják a pszichiátriai betegségek létezését. Thomas Szasz amerikai elmegyógyász szemében ez végzetes, bűnös tévedés; esetleges jószándéka ellenére is sarlatán vagy bűnöző mindenki, aki a pszichiátriában tevékenykedik. 1961-ben jelent meg Szasz világsikerű könyve, *Az elmebetegség mítosza*, s újabb könyveiben, mint *Az orvostudomány teológia-jában*, *A pszichoterápia mítoszá-ban*, vagy a *Skizofréniá-ban* eredeti témáit fejleszti tovább. Minden mentális zavar pszichiátriai minősítést nyer napjainkra. Nincs olyan zavarodott lelkiállapot, amelyre ne volna ráhúzható valamelyik pszichiátriai címke. Mindegyik helye valahol északra, délre, keletre vagy nyugatra van kijelölve a pszichiátriai iránytűn. Szasz lángot vető haraggal ostromozza a pszichiátriát, az orvostudomány e metaforisztikus ágát, amely nem diagnosztizálja vagy gyógyítja, hanem létrehozza, termeli a valójában nem is létező elmebetegségeket. Szasz azt erősítgeti, hogy a fizikai és a pszichiátriai betegségek különbsége azonos a valóságos, ill. metaforisztikus, a valódi és a hamis, a létező és a nem létező különbségeivel” — írja napjainkban Laing, a szintén radikális, de az antipszichiátriával való azonosítást elutasító pszichiáter Szasz elméletéről.¹⁷

Az elmebeteget lehet, hogy azért minősíti deviánsnak a társadalom, mert az általában elfogadott normarendszert képtelen betartani, s ezért „nemkívánatosabb” válik a társadalom számára, ugyanakkor a valóság az, hogy ez a minősítés nem a betegség oka, legfeljebb a betegség tudat kiváltója vagy megerősítője. „A környezet, a társadalom, ill. az orvos által pszichiátriai beteggé történő nyilvánítás, minősítés igen lényeges. Ez a stigmatizáció, előítéleteken keresztül igen nagy mértékben befolyásolhatja a beteg életútját, gyógyulását, öngyilkosságba kergetheti azt. Újabb, „másodlagos” pszichiátriai betegség forrásává válhat (neurózis, reaktív depresszió stb.). A hangsúly azonban ez esetben az „újabb” jelzőn van, mert a minősítési elméleteknek az a tézise, hogy a címkézést kiváltó betegséget a (későbbi) címkézés váltja ki, feje tetejére állított okoskodás, és a szubjektív idealizmus anyag-tudat felfogásának analógiája. A beteggé minősítés és a velejáró bizalmatlanság (a rehabilitálhatóság megnehezítettsége stb.) számos beteg egyéni sorsában rendkívüli súlyú tényezőként jelenik meg. Önmagában azonban (szakmailag és filozófiailag egyaránt) a betegséget okozó és fenntartó komplex, szomatikus-pszichogén-szociogén-patogén faktorok esetenkénti előtérben álló része, egyike.”²⁷

Természetesen a minősítés ténye sem jár azonos következményekkel. „...Valamennyien könnyen elnyerhetjük a pszichózis valamelyik minősítését” — írja Laing. „De ha így van, szép számmal akad közöttünk, aki rendkívül szerencsétlenül érzi magát — szemben a többi pszichotikussal, aki valahogy elboldogul.”¹⁷

Orvosilag olyan pszichiátriai betegségfolyamatról van szó, amelynek esetenként következménye (esetleg a legnyilvánvalóbb és legszembetűnőbb következménye!) lesz, hogy a beteg nem tudja betartani az adott normákat. Sok pszichiátriai beteg bizonyos értelemben és fokig képtelen nem deviánsan viselkedni. (Természetesen nem

abszolút értelemben értendő ez, hanem mintegy az igazságügyi elmekórtan értelmezésének megfelelően. Büntethetőségnél annak megállapítása a követelmény, hogy a beteg képes-e cselekedetének társadalomra veszélyességét felfogni, belátni, s nem az, hogy az illető elmebeteg-e vagy sem.)

A radikális pszichiátria (nemcsak amerikai, hanem a szocialista országokban, hazánkban is szaporodó) képviselői célul tűzvén ki a korábbi, mechanisztikus materialista szemlélet megsemmisítését, ugyancsak vulgármaterialista következtetésekhez jutnak. A korábbi, a pszichiátriai kórosságokat egyszerűen az „agy-megbetegedéseire” visszavezető nézeteket felváltják azok, amelyek nem kevésbé leegyszerűsítve mindent az „agyon kívüli”, társadalmi, interperszonális eredetre vezetnek vissza. Ez a felfogás legszembetűnőbb Szasznál: „Az, amit elmebetegségnek neveznek, a társadalmi háttért vagy a társadalom betegségét helyettesíti”²⁵; de olvashatunk hasonló gondolatokat Jankowski lengyel szerző nemrég magyarul megjelent könyvében is: „Könyvem fő célja annak kimutatása, hogy a pszichés betegségek az általam leszűkített értelemben vett, ki nem elégített emberi szükségletek logikus következményei. Ennélfogva a logikus terápiás lépés: megteremteni a feltételeket a szükségletek kielégítéséhez. Nem fiziológiai szükségletekről van szó. Az ipari társadalom, amilyenné mi is válunk, ezeket a szükségleteket jól kielégíti. Az ipari társadalomban azok a ki nem elégített lélektani szükségletek nyomasztják az embert, amelyekről egyelőre nem sokat tudunk. Régi mondás: nem csak kenyérrel él az ember. Hanem mivel? Erre a kérdésre igyekszem megkeresni a választ.”²⁶

Filozófiai értelemben a radikális pszichiátriai nézetek elemzése során ennél is lényegesebb, de nem mindig szembeötlő, az agy és a pszichés funkciók kapcsolatának kérdése, illetve a tudat meghatározottságának problematikája, amelynek megfogalmazása sokszor Avenarius introjektóianára emlékeztető következtetéseket implikál, ha általában rejtett formában is.¹²

Szasz nyíltan állít. Véleménye szerint „az elmebetegség mítosz, mert a többi tudatira vonatkozó kifejezés is az”. Avval érvel — felhasználva bizonyításához a hisztériát és schizophreniát —, hogy meg nem engedett módon kapcsolják össze az agy fiziológiai történéseire és a magatartásra vonatkozó szavakat, jóllehet eltérő kategóriákról van szó (agy és tudat), ezért — véleménye szerint — lehetetlen korrelációt találni a tudaton és magatartáson alapuló szindrómák és az agy történései között.²⁵ „Az ideggyógyászat gyakorlati munkája különösen hajlamossá tesz e hiba (ti., hogy nincs lényeges különbség a tanult magatartási jelenségek és a testi defektus között) elkövetésére. Gyakran előfordul, hogy az idegrendszer betegségei (pl. sclerosis multiplex, agydaganat stb.) először a viselkedés furcsaságaiban nyilvánulnak meg. Ilyen jelenségek nyomán csábító arra a következtetésre jutni, hogy az agy és a magatartás egymással egyszerű oksági kapcsolatban áll” — írja más helyen Szasz.

Jankowski kevésbé egyértelmű állásfoglalást képvisel. „A pszichikus tevékenység nem azonosítható ugyan az agyban végbemenő idegéletteni folyamatokkal, mégis befolyást gyakorolhat az egész szervezet élettani folyamataira. A pszichés és a fiziológiai folyamatok összefüggéseinek megértését természetesen nagyon megkönnyítheti az orvosi gondolkodási modell. A társadalmi helyzet és a pszichológiai stressz összefüggéseit viszont könnyebb megérteni a társadalmi modell segítségével” — írja.⁹

Sajátos „egyirányúsággal” értelmezi a „pszichés stressz”-t; tehát a környezeti tényezők szerepét: „Célravezető az is, ha a tüneteket pszichofiziológiai kategóriákban értelmezzük. Így sokkal jobban megérthetjük az emberi természet egyidejű egységét és kettősségét. Az ember biológiai szervezet és ugyanakkor társadalmi egyed, tehát semmi alapja sincs annak a feltevésnek, hogy természetének ez a két aspektusa nem függ szorosan össze. A lélektani stressz, amely a társadalmi életben ér bennünket, vala-

mennyi szervünk működésében tükröződik, az agyat is beleértve. Szerveink működésének egyedi zavarai különböző testi zavarok formájában tudatosodnak bennünk.” Könyve elején még akár korszerűnek is tűnhet: „A pszichés folyamatok nem úgy az agy termékei, ahogyan az epe a máj terméke, a gyomorsav a gyomor nyálkahártya-terméke, vagy a mozgás az izmok 'terméke'. A lelki élet tartalmi, amelyeket a pszichiáter tünetekként észlel, nem a károsodott agy, az anyagcserezavar, fertőzés stb. egyszerű következményei, hanem az ember társadalmi életének bonyolult termékei.” Később azonban nyilvánvalóvá válik, hogy ez a korszerűség csupán látszat és állítása közel kerül a klasszikus avenariusi tételhez, megtörténik az agy és a tudat (lelki-élet) különválasztása: „Ha a lelki élet az agy funkciója, a lelki zavar nem más, mint a megzavart idegéleti hatások funkciója! Ez a mítosz azért kényelmes, mert az idegéleti folyamatok kutatása igen reális és hatásos tevékenység, ráadásul a teljesen érhetően felmerülő nehézségek még évtizedekre biztosítják a kutathatót és közben folyvást remélni lehet, hogy végre ráakadnak egy tudományosan igazolható biológiai kórokozóra.”⁹

Az egyoldalú pszichiátriai betegségmodellek a pszichiátriai betegség szubsztrátumának, a patológiás tudati funkciónak tehát csak egy-egy aspektusát emelik ki, a biológiai nézetek képviselői az agyat mint materiális szubsztrátumot, a szociológiai elméletek hívei a társadalomban zajló interperszonális zavarok, kapcsolatok meghatározó jellegét. Szemlélteti ezt Jankowski idézett eklekticizmusa, aki a pszichés és a fiziológiai folyamatok összefüggését az orvosi, a társadalmi tényezők szerepét pedig a társadalmi modell segítségével kívánja értelmezni. E kettéválasztás mögött egyszerűen a szintetizált, dialektikus materialista tudatfogalom hiányzik.

Egyre nyilvánvalóbb, hogy a pszichiátriai betegségek kapcsán már rég a filozófiai területen mozgunk! Az anyag–tudat dialektikus materialista válasz nem mindig ismert a pszichiátriában. Ennek számos oka van: Így pl.: A fiziológia és a pszichológia viszonya, a fizis és a psziché viszonya egyike a legbonyolultabb problémáknak, amelyre a pszichológia tudományának fejlődése során választ kell adnia. Ez éppúgy vezethet fiziológizmushoz, amely csaknem kizárólag a pszichikum fiziológiai struktúrájának vizsgálatára korlátozódott, mint pszichologizmushoz, amely a pszichológiát, mint az immateriális tudományát fogta fel, vagy a „testi” és „lelki” idealista dualizmusához. Emellett a fiziológizmus és a pszichologizmus közötti ellentét csak látszólag abszolút jellegű, mert mindkettőnél félreismert a munka és a társadalom hatása a pszichikum keletkezésére és tartalmára, ill. mindkettő egy kontemplatív viszonyt (az izolált individuum és az ezzel szemben idegenül álló társadalom között) vesz alapul. Freud felfogásának fejlődésében egy reakció tükröződik vissza a természettudományos-mechanikus pszichiátriai iskola egyoldalúságára, amely vulgár-materialista módon a fizist és pszichét csaknem teljesen azonosította és kizárta a pszichés folyamatok önállóságát és autonómiáját. Freudnak fel kellett adnia ezt az álláspontot a pszichopathológiai megfigyelések és tapasztalatok hatására. A pszichológia leválasztását az agyanatómiáról hosszú belső harc után határozta el, mint ahogy azt „Tervezete” 1895-ből és levelezése Wilhelm Fliessel tanúsítja. Még 1938-ban, utolsó kísérleténél, hogy a pszichoanalízis alapjait és rendszerét vázolja, az „Abriss der Psychoanalyse”-ban Freud aláhúzza felfogását, hogy semmi direkt kapcsolat nincs az agy, ill. az idegrendszer és a tudati folyamatok között.¹⁰

A legtöbb pszichiátriai betegségmodell alapvető hibája tehát, hogy csak alternatív választ ismer. Többen sarkítva vetik fel a kérdést: „Az alapvető probléma, mi határozza meg az emberi magatartást: biológiai erők játéka-e vagy a társadalmi környezet alakítja ki a megszületéstől kezdve ható szociális ingerek révén. Ez a kérdés különböző módon fogalmazódik meg akkor, ha normális, vagy ha kóros viselkedésről

van szó. A biológiai szemlélet a normális emberi személyiség arculatában is az öröklött tulajdonságokat, az idegrendszer működésének különböző paramétereit, a hormonháztartás egyensúlyát tartja fontosnak, a személyiség minden zavarát azonban valamely biológiai károsodásra vezeti vissza. A normális viselkedésben nagyobb teret enged az alkalmazkodásnak és a szociális tanulásnak, a kórosban viszont egyértelműen szervezeti (idegrendszeri) mechanizmusok meghibásodását látja.”⁸ Pedig: „A biológiai tényezők nem kizárólagosan, hanem a lélektani faktorokkal kölcsönhatásban befolyásolják a személyiséget. Noha általános törekvés az örökletes és a szerzett sajátosságok szétválasztása, ez olyannyira nem sikerült még ezideig, hogy újabban a kérdésselvetés jogosságát vonják kétségbe: az öröklés a biológiai szubsztátumot szolgáltatja, de az örökletes adottságok és az élettapasztalatok okozta változások ötvöződnek, szétválaszthatatlanok” írja Ozsváth Károly orvostanhallgatóknak szóló jegyzetében.²⁰ Ugyanakkor ennek az ütköztetésnek az igénye tovább is fennáll: „Régóta érzem és hirdetem, hogy a modern pszichiátriai fejlődéshez égetően szükség volna olyan vitára, amelyben egy következetesen és kizárólagosan biológiai nézet csap össze egy következetesen pszichogenetikussal, olyan módon, hogy mindkét fél alaposan ismeri a másik álláspontot és annak adatait.”²³

Az ellenkező szemléletek konfrontáltatása, ha el is fogadható módszerként, ha a másik elv teljes megsemmisítését és nem a szintézist tűzi ki célul, nem vezethet eredményre. Az egyoldalú szemlélet gátolja a tudományos fejlődést. „A hit változik, ami lehet biológiai, fiziológiai vagy szociológiai színezetű, de a vallásos lelkesedés azonos, meggyőződésben és a nem-hívőket eretneknek minősítő vádban kéz a kézben haladnak. Ez a pszichiátereke éppúgy vonatkozik, mint a teológiára. Ezen a módon nem lehet szolgálni a pszichiátria tudományos fejlődését” — írja van Praag, s hangsúlyozza, hogy a „viselkedészavart az exogén stimulusok és az individuális (pszichológiai és biológiai) reakcióképesség közötti kölcsönhatás eredményezi”, az utóbbit pedig „az egyén genetikai felépítése és az élettapasztalatok határozzák meg.”²¹

Van Praag szavaiban olyan gondolat cseng vissza, amelyet a pszichiátria meszszebb látó képviselői (nem egyszer évtizedekkel ezelőtt is!) már megfogalmaztak. „A pszichiátria túlmechanizálása túl nagy bizalmat adott a kémianak és a fiziológiának az elmebetegség gyógyításában, míg a pszichoanalízis a tudatalatti és a szexuális túlhangsúlyozásával elvesztette rálátását a tudatos agy funkcióira, semmibe véve azt a tényt, hogy az ember fizikai, biológiai és társadalmi törvények alanya.”¹⁹ Erre egy olyan, a laikus és a szakmai közvéleményben sokszor még csak nem is betegségként elfogadott jelenség, mint az alkoholizmus is szolgált példát. „Az abnormális ivők körében az alkoholabuzus lehet társaslélektani kiváltó körülményeken alapuló szokás és lehet különböző ívásra hajlamosító vagy készítő, körlelektani diszpozíciók (neurózisok, pszichopathiák, pszichózisok) tünete vagy ellen-tünete”. Az abuzust kiváltó, társaslélektani és az abuzusra hajlamosító, körlelektani tényezők között számos kölcsönhatás áll fenn. Ezek egymást erősíthetik (pl. az intellektuálisan retardált fiatalok fogékonyabbak a „fertőző” példaképek és szokások iránt) és közömbösíthetik (pl. falun nem a nőket ivásra készítő, depresszív intim-konfliktusok fordulnak elő tízszer ritkábban, hanem az őket ivástól visszatartó normák ellenőrzése hatékonyabb)...” „Egyszóval, az adott szociális normáktól eltérő, „beteges” módon rendszeressé váló vagy excesszív jellegű ivás lehet szokás, lehet tünet, lehet betegség. Az alkoholos kórfolyamat legjelentősebb pathogenetikai tényezői szociálpszichológiai, pszichopathológiai és pathokémiai (konstellációs) faktorok. Utóbbiaktól függ az ivás feletti kontroll elvesztése, tehát a tulajdonképpen alkoholizmus-betegség létrejötte. Lehetséges, hogy ez a fordulat a körlelektanban (amikor az iszákosság alkoholizmusba „csap át”) öröklött vagy veleszületett, lehetséges, hogy szerzett, való-

színű, hogy nem egyszerű, hanem többféle kombinációban együtttható tényezőkön múlik. Gyakorlati szempontból az ivásra készítő, sőt szoktató társaslélektani körülményeknek kell tulajdonítanunk a legnagyobb jelentőséget. Ezekről függ, hogy az alkoholizmus-betegség hány 'jelöltje' válik iszákossá, s minél többen lehetnek azzá, annál nagyobb lesz az alkoholisták száma is, ámbár e két jelenség közötti nyilvánvaló összefüggés aligha foglalható egyszerű matematikai formulába."^{10, 11} Tehát: „Mind den emberi betegség a biológiai és a társadalmi szervezet interakciójának eredményét tükrözi vissza a kultúra közvetítő szerepével. Bármilyen közelebbi oka is van a betegségnek (virális, genetikai, metabolikus vagy neoplasztikus), a társadalom szervezett-ségének módja befolyásolja a prevalenciát, a keletkezést és a kimenetelt.”^{5, 6}

Összegezve: Az elmúlt évtizedekben számos filozófiai iskola a legkülönbözőbb ideológiai alapokról kiindulva foglalkozott a pszichés működések és így a tudat értelmezésével. Hasonlóképpen nagy a kóros pszichés működésre irányuló vizsgálatok száma is. Elgondolkoztató, hogy ez a két kutatási vonal milyen ritkán találkozott. Ezzel szemben véleményünk az, hogy a pszichiátriai betegségek korszerű értelmezése csak komplex szemlélet alapján lehetséges. Nézetünket a leggyakoribb pszichiátriai betegségcsoport, a neurózisok példáján szemléltetjük. Ez az a terület, ahol az egyoldalúan organikus szemléletű szakember bizonytalanná válik, hiszen a jelenséget a klasszikus sémákba nem tudja beilleszteni. Az objektív, organikus károsodás kimutatásával „neurózisokban már csak a legelszántabb biológisták kísérleteznek”.³ Másrészt a neurózisoknak a külvilág történéseivel való szembetűnő kapcsolata az egyik legfőbb érv a szociológiai tényezők felelőssé tétele, és így a neurózis nem betegségkénti, hanem a társadalom hibáival szembeni természetes „normál” reakciókénti felfogása mellett. Jankowski pl. Dabrowskit idézi, aki szerint a neurózis nem betegség. „Ezzel arra akarja felhívni (ti. Dabrowski) a figyelmet, hogy a másokénál nagyobb érzékenység vagy nyugtalanság nemcsak tünetnek fogható fel, hanem védelemre és fejlesztésre méltó egyéni emberi tőkének is.”⁹

Pedig a neurózis az egyén és a szociokulturális környezet közötti kapcsolat olyan zavara, ahol a kiváltó ok, a „tartalom” rendszerint a szociális szférában van (család, partnerkapcsolat, munkahely stb.); általa törvényszerűen megromlik az egyén pszicho-biológiai homeosztázisa (hangulat, közérzet, testsúly, étvágy, alvás stb.), rendszeresen jelentkeznek kifejezetten testi, ún. vegetatív tünetek, de a folyamat manifesztálódásában, lefolyásában, a gyógyulás, a munkaképesség alakulásában számottevő szerepe van az alkati tényezőknek, a szervezet biológiai állapotának, és a számos komponens összhatása eredőjeként kialakult személyiségnek is. Mi ez együttesen, ha nem az Egészségügyi Világszervezet egészségdefiníciójában szereplő kritériumok hiánya! (Nem szólva arról, milyen lehangelő, hogy napjainkban érvelni kelljen annak bizonyítására, miszerint az eltérő mértékű „érzékenység és nyugtalanság” az egyes emberben nagyon sok ok, élmény, adottság stb. eredője, és a „társadalom hibáival” szembeni türelmetlenség, ill. ennek foka, megnyilvánulási módja sem csupán a szóban forgó „hiba” egyenes következménye.)

Anélkül, hogy eltúloznánk a szubjektív panaszok jelentőségét (utalunk a tanulmányunk elején elmondottakra, hogy ti. sok betegség nem, vagy csak késői fázisban okoz panaszt), és amennyire a szubjektív panaszok hiánya nem zárja ki a betegség létét, annyira igaz az is, hogy megléte jelzi a testi vagy pszichés értelemben vett egészség hiányát. Jankowski *Leifer* társadalmi modelljére hivatkozva így ír: „A pszichiáterek pszichés betegség helyett mondhatják azt is, hogy a páciensnek nehézségei és problémái vannak az életben, képtelen alkalmazkodni a külső követelményekhez, emberi

kapcsolatai meglazultak, érzelmi válságban van, vagy zavarok támadtak társas-társadalmi életében.” Miközben ez az elmélet a pszichiátriai betegségfogalom helyett valamiféle (sokszor humanitárius okból jogos és célszerű) „körülírást” javasol a beteg és pl. a munkahelye felé, paradox módon mégis a WHO egészségfogalom hiányát definiálja.⁹

Utalva már korábban, más helyen megfogalmazott nézetünkre^{27, 28}: a pszichiátriai betegségek értelmezésének alapja a dialektikus materializmus tükröződési elmélete lehet.¹² Filozófiai szempontból ott kereshetjük a pszichiátriai betegségek lényegét, hogy a tudati tükrözés — természetesen figyelembe véve az emberi szervezet objektív korlátait — nem felel meg az objektív biológiai és társadalmi valóságnak. Hangsúlyozzuk ennek a tükröződési folyamatnak — processzuális és rezultatív értelmében egyaránt — aktív jellegét. Másik kiindulópontunk a tudat sokoldalú, sokirányú meghatározottságának tétele és az, hogy e tétel nem csupán az „ép”, „normális” tudati funkciókra érvényes. Bármennyire lényeges egyik vagy másik tényező szerepe, mértéktelen felnagyítása a másik rovására csak helytelen következtetéseket szülhet. Mapother évtizedekkel ezelőtt megfogalmazott, sokak által elfelejtett gondolatára, amely szerint „az elmebetegség multiplex okok summációja, amelyek önmagukban hatástalanok, de összegeződve hatásosak”¹⁸, a dialektikus materializmus segítségével találhatunk bizonyítékokat. Ez a komplex szemlélet módszertanilag mind a pszichiátriai betegségek kutatásában, mind azok terápiájában iránymutató és gyümölcsöző.^{27, 28}

IRODALOMJEGYZÉK

1. Ádám, Gy.: *Tudati határállapotok pszichofiziológiája*. Kézirat. A MÉT 1979. szeptemberében Szegeden rendezett vándorgyűlésén tartott előadás szövege.
2. Buda, B.: *A pszichiátriai szociológia*. Szociológia. 1972. 3.
3. Buda, B.: *Előszó* Jankowski, K.: *Pszichiátria és humánium c. könyvéhez*. Gondolat Kiadó, Bp., 1979.
4. Eccles, J. (Ed.): *Brain and Conscious Experience*. Berlin—New York—Heidelberg. Springer, 1966.
5. Eisenberg, L.: *Disease and Illness, Medicine and Psychiatry*. 1977. 1. 9—23. l.
6. Eisenberg, L.: *Development as a Unifying Concept in Psychiatry*. Brit. J. Psychiatry. 1977. 131. 225—237. l.
7. Freud, S.: *Gesammelte Werke*. Bd. XVII. London, 1946.
8. Freud, S.: *Gesammelte Werke*. Bd. XI. London, 1948.
9. Jankowski, K.: *Pszichiátria és humánium*. Gondolat, 1979. Bp.
10. Kardos, Gy.: *Kórrajzi adatok és diagnosztikai kategóriák epidemiológiai és szociálpszichiátriai szempontból*. Ideggyógyászati Szemle. 1973. 26. 473—487. l.
11. Kardos, Gy.: *Klinikai, pszichológiai és szociológiai vizsgálatok az alkoholizmus-betegségnek a szokásos és szimptomás abuzusoktól való elkülönítésére*. Pszichológiai Tanulmányok. 1972. XIII. 549—556. l.
12. Katona, P., Szilárd, J., Temesváry, B.: *A pszichiátriai betegség mint filozófiai probléma*. Magyar Filozófiai Szemle. 1980. 6.
13. Kätzel, S.: *Kritische Analyse der Psychoanalyse aus philosophischer Sicht*. In: *Kritik der Psychoanalyse und biologistische Konzeptionen*. Hrsg. von Friedrich, W. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften. Berlin. 1977. 66—122. l.
14. Kendell, R. E.: *Die Diagnose in der Psychiatrie*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1978.
15. Kety, S. S.: *From Rationalization to Reason*. Amer. Journal of Psychiatry. 1974. 131. l.
16. Kraüpl-Taylor, F.: *A logical analysis of the medico-psychological concept of disease*. Psychological Medicine. 1971. 1. 356—364. l.
17. Laing, R. D.: *Kanyart leíró elme* (Ismertetve a Magyar Tudomány 1979. évi 12. számában)
18. Mapother, E.: *Cit. Eisenberg, L. Brit. J. Psychiat.* 1977. 31. 225—237. l.
19. Mayer, A.: *Thomas W. Salmon Memorial Lectures*. New York Academy of Medicine. 1922. (Cit. in Lief. A.: *The commonsense Psychiatry of Dr. Adolph Meyer*. pp. 547.)
20. Ozsváth, K.: *Orvosi pszichológiai és pszichiátriai alapismeretek*. (Jegyzet. Pécs, 1977.)

21. van Praag, H. M.: *The scientific foundation of anti-psychiatry*. Acta psychiat. scand. 1978. 58. 113—141. 1.
22. Roscsin, Sz. K.: *A pszichológia alkalmazása a kapitalista társadalomban levő szociális rendszerében*. In: *Pszichologicseszkije problemi szociálnoj regulaciji povedenyija*. Moszkva, 1976.
23. Schmidt, L. R.: *Lehrbuch der klinischen Psychologie*. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart. 1978.
24. Schneider, K.: *Klinische Psychopathologie*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 1966.
25. Szasz, T.: *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Hoeber-Harper. New York. 1961.
26. Szasz, T.: *Law, liberty and psychiatry*. Macmillan. New York, 1963.
27. Szilárd, J., Temesváry, B.: *A pszichiátriai betegségfogalom a marxista emberfelfogás tükrében*. In: *Filozófia, ember, szaktudományok*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1979. 251—259. 1.
28. Szilárd, J., Temesváry, B.: *A pszichiátriai betegség*. Orvosi Hetilap. 1979. 41. 2467—2473. 1.
29. Trojan, A.: *Psychisch krank durch Etikettierung?* Urban and Schwarzenberg. München—Wien—Baltimore, 1978.

Temesváry Beáta—Katona Péter—Szilárd János

MANCHE PHILOSOPHISCHE ASPEKTE DES PSYCHIATRISCHEN KRANKHEITSBEGRIFFES

Infolge der Entwicklung der Psychologie und der Soziologie ist das sog. ärztliche Modell der psychiatrischen Krankheiten ins Kreuzfeuer der Diskussionen gerückt. Nicht nur in den USA und in West-Europa, sondern auch in den sozialistischen Ländern machen sich die Tendenzen bemerkbar, wonach die psychiatrische Krankheit aufgrund der traditionellen medizinischen Anschauung nicht erklärbar ist. Die auf der Auffassung Griesingers basierenden Thesen (die Geisteskrankheit ist eine Krankheit des Gehirns) widerlegend versuchen viele, die psychiatrischen Krankheiten einseitig nur mit psychischen, sozialen Faktoren zu erklären, so das soziologische Modell der psychiatrischen Krankheiten darbietend. Beide Anschauungen sind einseitig und verzerrend. Das klassische ärztliche Modell greift nur die biologischen, sowie die soziologische Interpretation nur die gesellschaftlichen Ursachen heraus. Unseres Erachtens ist die richtige Auslegung aufgrund der Spiegelungstheorie des dialektischen Materialismus und der vielseitigen Determination des Bewusstseins möglich. Diese Interpretation ist wissenschaftlich-methodologisch und auch therapeutisch von erheblicher theoretischer und praktischer Bedeutung.

Б. Темешвари—П. Катона—Я. Силард

О ФИЛОСОФСКИХ АСПЕКТАХ ПОНЯТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Так называемая врачебная модель психиатрических болезней вследствие развития при-хологии и социологии поддавалась многочисленным дискуссиям. Не только в США и Западной Европе, но и в социалистических странах появляются направления, согласно которым психиатрическую болезнь нельзя объяснить на основе традиционного врачебного взгляда. Опровергая положения, основывающиеся на повимании Гризингера (психиатрическое заболевание есть заболевание мозга), многие стараются объяснить психиатрические болезни односторонне, лишь психическими, социальными факторами, подав социологическую модель психиатрических болезней.

Оба взгляда являются односторонними и искаженными. Классическая врачебная модель принимает во внимание только биологические причины, а социологическое толкование — только социальные причины. По нашему мнению правильное толкование данной проблемы возможно лишь на основе теории отражения диалектического материализма и тезиса много-сторонней детерминации сознания. Такое толкование имеет как научно-методически, так и терапевтически большое теоретическое значение.