

# AZ „ÁLTUDOMÁNYOK” ETIKAI VONATKOZÁSAI

Kovács József

egyetemi tanár, az MTA doktora,  
Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet Bioetika Részleg  
kovacs.jozsef@med.semmelweis-univ.hu

## *A terminológia fontossága: az áltudomány fogalma*

A szó azt sugallja, hogy áltudomány esetén egyszerűen a tudomány „mezébe” öltöztetett tudatos csalásról van szó. Ilyenkor embereket tudományosnak tűnő, bonyolult hangzó „blablával” tudatosan félrevezetnek, s ezzel sok pénzt keresnek. Kihasználják az emberi hiszékenységet, tudatlanságot, s a beteg ember kiszolgáltatottságát. Így felfogva tehát ez nem lenne más, mint kiszolgáltatott, beteg emberek becsapása anyagi haszonszerzés céljából.

Ha így fognánk fel a jelenséget, akkor a kérdés etikai megítélése is magától értetődő lenne, hiszen akkor a kérdés olyan, mintha azt kérdeznénk, hogy például mi a bankrablás etikája?

Ha valóban áltudományról, s azt űző kuruzslókról, sarlatánokról lenne szó csupán, akkor a válasz egyszerű: az áltudományt le kell leplezni, a csalókat meg kell büntetni, s a további csalást meg kell akadályozni. S természetesen egyetlen orvos vagy jó szándékú ember sem működhet együtt sem szóval, sem tettel kiszolgáltatott emberek becsapásánál és kifosztásánál.

Kérdés azonban, hogy ez a probléma ilyen egyszerű-e? Valóban pusztán hiszékenységről

van szó az egyik oldalon, s becsapásról, anyagi haszonszerzés érdekében elkövetett szándékos félrevezetésről a másikon, vagy valódi, kielégítetlen emberi igények kielégítéséről?

Én amellet fogok érvelni, hogy a CAM (komplementer és alternatív medicina) jelensége kapcsán ez utóbbiról van szó: a tudományos medicina által ki nem elégített, de jogos emberi igények kielégítéséről.

## *A „tudományos” orvoslás fogalma*

Itt szoktak beszélni konvencionális orvoslásról, *evidence-based* (bizonyítékokon alapuló) orvoslásról is, de már itt van egy bizonytalanság. Hiszen az *evidence-based* kifejezés éppen azért jött létre, mert sok minden az orvostudományban nem volt *evidence-based*! Vagyis a bizonyítékokon alapuló orvoslás (BAO) éppen azt sugallja, hogy az orvostudomány egy része nem is volt tudomány, s most a BAO fogja megmondani, hogy mi az igazi tudomány és mi nem az. S a BAO módszere, aranystandardja a randomizált *kontrollcsoporthoz tartozó klinikai kutatás* (RKK). A placebo-kontrollos RKK, ahol egy eljárás akkor hatásos, ha hatásosabb, mint a placebo.

Itt van rögtön az első pont, ahol a félreértések kezdődnek. A placebo ugyanis nem nulla hatást jelent. A placebohatás szubjektí-

ve jelentős hatás is lehet. Vagyis, a laikus beteg jelentős javulást tapasztalhat ott, ahol az orvostudomány szerint nincs hatás, mert a placebohatású beavatkozást definíciószerűen nem tekinti hatásos beavatkozásnak.

## *A CAM (komplementer és alternatív medicina) fogalma*

Ez a szakirodalomban használt kifejezés arra, amit a hazai köznyelv „természetgyógyászat” kifejezéssel illet. Ide a tudományosan (RKK-val) általában nem igazolt, de az egyéni tapasztalat szerint hatásos beavatkozások tartoznak. S itt rögtön látszik, hogy nincs is elmentmondás. Ha elfogadjuk azt a kicsit radikális állítást, amiből az egyszerűség kedvéért e cikk keretében kiindulok, hogy a CAM-beavatkozásoknak csak placebohatásuk van, akkor is látható, hogy ez valódi hatást jelenthet, melyet azonban a BAO hatástalannak tekint. Ez – laikus szempontból – nem elfogadható kiindulás, hiszen minél súlyosabbak a tünetek, annál jobban számít a betegnek a kis pozitív hatás, így a placebohatás is, ezért ezt ignorálni nem indokolható.

De az, hogy a CAM-eljárások nem jobbak a placebónál, ma radikális állítás, hiszen a WHO (Egészségügyi Világszervezet) szerint a CAM harminchét betegcsoportnál használható eljárás (Bernáth, 2015). S több olyan van, mely RKK-val bizonyítottan is hatásos.

Alapvető különbség azonban, hogy a CAM nem materialista, s így metafizikai okokat is elfogad betegségi okként, ezért általában a periférián helyezkedik el elfogadottság szempontjából a tudományos medicinához képest. Inkább tűrt, néha tiltott, s ritkán aktívan támogatott. Ám az utóbbira is számos példa van. Az angol National Health Service (NHS) például a homeopátiát támogatja. (Fuller – Stein, 2014, 171.) Nálunk is több

CAM-terápiára van OEP-támogatás, például bizonyos masszázásokra, a manuális terápiára vagy az akupunktúrára (Bernáth, 2015).

## *A kuruzslás, sarlatánság fogalma*

A kuruzsló – pénzszerzés érdekében – megteveszti a beteget, s legtöbbször ő is tudja, hogy amit nyújt, az hatástalan. Általában mindenféle végzettség és képzettség nélkül dolgozik, s ez nemcsak etikátlan, hanem jogellenes is. Viszonylag friss példa a csalásra az a médiában nemrég nagy visszhangot keltett eset, amikor orrba dugható lézeres agystimulátort adtak el hiszékeny embereknek. Mint kiderült, az így ajánlott „agystimulátor” egy, a kínai piacon 250 forintért kapható zseblámpás kulcs-tartó volt, melyet 50 000 Ft-ért árult a család. Nem nehéz kiszámolni, hogy minden egyes eladott kulcs-tartó 49 750 Ft tiszta hasznot eredményezett. S ebben az esetben nyilvánvaló, hogy a család tisztában volt azzal, hogy amit árul, az nem agystimulátor, s az anyagi haszon érdekében csapott be kiszolgáltatott embereket (ATV, 2015). A csalással, kuruzslással ebben a cikkben egyáltalán nem foglalkozom, hiszen a kuruzslás jogellenes, s ami jogellenes, az etikátlan is. A csalás, kuruzslás elleni fellépés hatósági, rendőrségi kérdés, s etikai vonatkozása csak annyi van, hogy igyekezni kell elérni a csalás, kuruzslás teljes megszüntetését.

## *A tudományos orvoslás és a CAM közötti határ*

Ez a határ nem éles, s korról korra változik. A XX. század elejéig a világ nagy részén kizárólag a bábák nyújtottak segítséget a szüléseknél. A szülésorvosok csak a XX. században vették át a bábák helyét, s ki is szorították őket, ezért csak bábával szülni kezdett alternatív eljárásnak számítani. Ennek oka az volt, hogy a kórházban történő és a szülésorvos által

vezetett szülést biztonságosabbnak tartották, mint a nem kórházi, illetve nem orvos által levezetett szülést. A természetes eljárások és gyógymódok mai kedvelése miatt azonban kezd visszajönni a „divatba” a csak bábával való szülés a kórházban vagy esetleg otthon. Utóbbi, az otthoni szülés mozgalma, Magyarországon is intenzív viták tárgya lett. Az e tekintetben a legmesszebb elmenő Hollandiában a szülések egyharmada otthoni szülés, melyet csak baba vezet le, s a kórházi szülések 70%-át is baba vezeti le (Fuller – Stein, 2014, 163–164.). A bábával való szülés, s az otthoni szülés attól lett alternatív, hogy lett egy biztonságosabb módja a szülésnek (kórház), mely lelkileg, érzelmileg viszont rosszabb a nők egy részének, mint az otthoni szülés.

Egy CAM-eljárás azonban akár be is léphet a tudományos orvoslásba. Az Anonim Alkoholisták (AA) sikere az alkoholisták kezelésében egy CAM-siker. Az AA tizenkét lépcsős programja mára elterjedt a világon, kilencven országban kb. egymillió tagja van, s kb. 35. 000 AA csoport létezik, akik hetente találkoznak. Ez egy vallási alapú felfogás. Egy misztikus élmény, a nagy fehér fény meg tapasztalása során az alapító meggyőződött arról, hogy egy szerető jelenlét vesz minket körül, s ez gyógyíthat, ha átadjuk magunkat neki. Nem a magunk akarateréjére kell támaszkodnunk, hanem rá (Fuller – Stein, 2014, 169.). Ez egyfajta vallás (mint sok más CAM is). De az AA-csoportok kétségtelen sikere az alkoholizmus kezelésében oda vezetett, hogy ma már a *mainstream* pszichiátria is elfogadja, sőt javasolja az ilyen csoportok látogatását az alkoholizmus kezelése során (Gelder et al., 1991).

Az antioxidánsok szedése korábban a CAM része volt, ma bekerült a medicina fővonalába. Viszont a tudományos medicina

által a XIX. században használt fürdők, maszszázs, purgálás ma CAM-nak számítanak (Drane, 2014, 173.). Tehát az egyes eljárások ide-oda mozoghatnak a CAM és a tudományos medicina között.

Alapvető különbség azonban, hogy a tudományos orvoslás materialista, anyagi okokat tételez fel a betegségek okaként, s nem fogad el metafizikai vagy spirituális okokat, mint a CAM.

Azonban éppen a CAM e spirituális, misztikus dimenziója vonz benne sok embert, s nem a testi javulás. Az, hogy értelmet ad a szenvedésnek, s így spirituálisan gyógyít. A mai medicinából ez a dimenzió hiányzik. Az alternatív medicina sokszor új ötleteket ad, növeli a tudásbázist, amelyből meríthetünk, s csökkenti a tudományos medicina önelégtelenségét. Például az otthoni szülés-mozgalom nagyban humanizálta a kórházi szüléseket, hiszen az így létrejött versenyt a kórházaknak állniuk kellett. Ma már egyre gyakoribb, hogy kórházak szülészeti osztályai komolyan odafigyelnek a szülő nők pszichológiai igényeire a szülés során, s egyre jobban háttérbe szorul a „kaszárnyaszellem”, ami a szülészeti intézményekre régebben sokszor jellemző volt.

Azt is sokszor lehet tapasztalni, hogy egy eljárás tiltása – noha retorikailag ilyenkor mindig a betegek érdekeire hivatkoznak – a valóságban a versenytársak kiszorítását és a monopolhelyzet megőrzését célozza. Jó példa erre a nem orvos által végzett pszichoterápia története. A freudi pszichoanalízis megjelenésekor már korán felmerült a kérdés, hogy kik szereshetnek pszichoanalitikusi képzettséget. Az Amerikai Pszichoanalitikus Társaság kezdetben ragaszkodott ahhoz, hogy ilyen képzettséget csak orvosi diplomával lehessen szerezni. Később tovább szigorítottak a feltételeken, s csak pszichiátriai szakorvosi kép-

zettséggel lehetett valaki pszichoanalitikus (Shorter, 1997, 146.). Ez a szigor annak ellenére fennállt, hogy maga Sigmund Freud is elfogadhatónak tartotta a nem orvos által végzett, laikus analízist, s a pszichoanalízis módszertanában semmi olyan nincs, amit egy nem orvosi alapképzettségű személy ne tanulhatna meg. Több évtizedes harc után az USA-ban csak 1991-ben szűnt meg a pszichoanalízis orvosi monopóliuma, vagyis azóta nem orvos végzettségűek is nyerhetnek teljes értékű pszichoanalitikus kiképzést. Ma már világosan látszik, hogy az Amerikai Pszichoanalitikus Egyesület tiltása mögött az orvosi szakma és a pszichiátria monopóliumra törekvése állt. A pszichoanalízis jól jövedelmező magánpraxis lehetőségét kínálta, melyen az amerikai orvosok nem akartak nem orvosokkal osztozni (Kelly, 1995; Kovács, 2007).

Hasonló utat járt be a nem orvos pszichoterapeuták megjelenése a nem analitikus pszichoterápia piacán. Kezdetben az USA-ban bármiféle pszichoterápiát csak orvos végzettségűek végezhetek, nem analitikus pszichoterápiát is. 1951-ben próbáltak betörni pszichológusok a nem analitikus pszichoterápia „piacára”. Carl Rogers *Kliensközpontú terápia* című könyve, majd az ezen elvek alapján pszichoterápiát végző pszichológusok kezdetben heves támadásban részesültek. A pszichiáterek azzal vádolták őket, hogy orvosi tevékenységet végeznek, noha ehhez nincs meg az orvosi végzettségük. Évtizedekig tartott, mire elfogadták, hogy pszichológusok, szociális munkások is megszerezhesék a pszichoterapeuta végzettséget. Mára az USA-ban a nem orvos pszichoterapeuták száma meghaladja az orvos pszichoterapeutákét (Shorter, 1997, 293–294.). Vagyis egy szakma monopóliumra vagy dominanciára törekvése is állhat a riválisokat szakkerületlenséggel vádoló retorika mögött.

#### *A profitmotivum szerepe az RKK-k végzésében*

Hamis lenne az a dichotómia, hogy a CAM egyszerűen tudománytalan, míg a BAO szigorúan tudományos. A valóság ezzel szemben az, hogy a tudományos medicinát is egyre jobban befolyásolják üzleti szervezetek: gyógyszergyárak, orvosi műszereket előállító vállalatok, biztosítótársaságok. Ezek az üzlet logikája alapján működnek, s nem a tudomány logikája alapján. Amilyen mértékben befolyásolják a tudományos medicina működését, olyan mértékben torzítják el annak lényegét. A tudomány ugyanis – természete szerint – az igazság megtalálására törekszik, míg az üzlet a profitmaximalizálásra (Kovács, 2009). Ez – egyebek mellett – a randomizált kontrollcsoportos klinikai vizsgálatok szelektív publikációjában ölthet testet. Ez – 2005 előtt – azt jelentette, hogy ha több ilyen vizsgálatot végeztek például egy gyógyszerrel kapcsolatban, akkor csak az azt hatásosnak és biztonságosnak mutató vizsgálatokat publikálták, míg az esetleg nagyobb számú vizsgálatot, mely a gyógyszer hatástalanságát vagy veszélyességét bizonyította, nem. Ezzel a szelektív publikációs gyakorlattal a szakirodalmat olvasó kutató csak egy gyógyszer hatásosságáról és biztonságosságáról talált a szakirodalomban cikkeket, míg a publikálatlan adatokkal – melyek az ellenkezőjét bizonyították – természetesen nem találkozott. Ez az adott gyógyszer rendelkezésének kedvezett, mely profitot hozott a gyártónak, miközben sok beteget veszélyeztetett. Számos példával lehetne illusztrálni ezt a jelenséget, hadd idézzem most az egyik legújabbat (Kazai, 2015).

2015-ben a *British Medical Journal*-ben publikálva – a ma már hírhedt *Study 329* több tízezer oldalnyi eredeti kutatási dokumentumát áttanulmányozva, s az adatokat újraele-

mezve – a független kutatók oda jutottak, hogy az SSRI típusú antidepresszáns paroxetin major depresszív zavarban szenvedő serdülőknek adva nem hatásos és nem is biztonságos (Le Noury et al., 2015). Ez éles ellentétben áll a szer hatásosságát és biztonságosságát állító 2001-es eredeti publikációval (Keller et al., 2001). E 2001-es publikációt követően már 2002-ben az USA-ban kb. kétmillió vényen rendelték *off label* major depresszív zavarban szenvedő gyerekeknek és serdülőknek a szert, mert komoly marketingkampányban győzték meg az orvosokat a 2001-es publikációra hivatkozva a szer „figyelemreméltó hatásosságáról és biztonságosságáról.” (Doshi, 2015). Mint kiderült, az eredeti cikk 22 szerzője közül egyik sem volt ténylegesen szerzője a cikknek. Azt egy – a gyógyszergyár által megbízott – külső szakértő írta, de a cikk a jó nevű szerzők neve alatt jelent meg, hogy az ne gyógyszergyári reklámnak, hanem tiszteletreméltó klinikusok és kutatók által írt tudományos publikációnak tűnjön. Az ilyen „szellemírt” cikkek meglepően gyakoriak, számos más esetben is bizonyítható volt ez a gyakorlat. Noha felszólították mind a szerzőket, mind az adatokat eltorzítva ábrázoló cikket publikáló folyóirat szerkesztőjét, hogy formálisan vonják vissza a cikket, ez a mai napig nem történt meg (Doshi, 2015). A szerzők egy részének otthont adó Ivy League-hoz tartozó nagy presztízsű egyetem (Brown University) sem indított formális vizsgálatot. Az egyetem diákújságja volt az egyetlen egyetemi fórum, mely foglalkozott az ügyel, vizsgálva a kutatás vezetőjének s egyben az egyetem dolgozójának kapcsolatát a gyógyszeriparral. A kommentátorok természetesen rögtön feltették a kérdést: miért küldje a szülő a gyermekét arra az egyetemre tanulni, s kifizetni annak borsos tandíját, ha az egész egyetemen csak a diákok

tudják, hogy mi a helyes viselkedés egy ilyen botrányos esettel kapcsolatban (Doshi, 2015). Mindez természetesen mutatja, hogy a profitmotívum az iparral való kapcsolat révén komolyan befolyásolja a kutatók, az intézmények, így az egyetemek életét is, hiszen mindannyian függnak az ipar nyújtotta támogatásoktól, ezért nem szívesen tesznek olyan lépést, mely a vele való kapcsolatukat megrontaná, s támogatási forrásait elapasztaná.

Mindez tehát annak bizonyítéka, hogy ma a profitmotívum komoly szerepet játszik a tudományban és a tudományos életben, s eltorzíthatja azt. A tudománynak volt ereje (nem kis mértékben a jog segítségével) ezeket a torzulásokat feltárni, és korrekciós mechanizmusokat érvényesíteni. Éppen ezért kerültek napvilágra ezek az események.

A fentiek miatt azonban leegyszerűsítő az az általánosítás, hogy egyik oldalon van a pártatlan, az igazságot „harag és részrehajlás” nélkül kereső tudomány, míg a másik oldalon a profitmotívumtól hajtott komplementer és alternatív medicina (CAM). A profitmotívum ugyanis ma mindkét esetben jelen van.

Fentiekből az a tanulság vonható le, hogy számos elvégzett RKK csak reklámcélokot szolgált. Sok RKK-t végeztek, s azt a keveset publikálták, mely a szer hatásosságát mutatta ki, a szer hatástalanságát bizonyító – esetleg nagyobb számú RKK-t nem. A cikket a cég reklámrészlege írta meg, s egy vagy több neves kutató sok pénzt kapott azért, hogy a nevük alatt jelenhessen meg a cikk.

Noha ez ellen a gyakorlat ellen ma már számos intézkedés született, egészen a közelmúltig sok olyan gyógyszer került forgalomba, mely hatástalan (nem jobb, mint a placebo) csak az ezt bizonyító kutatásokat nem publikálták, mert ez a gyógyszer cég profitcsökkenéséhez és az adott gyógyszer haszná-

latának megszűnéséhez vezetett volna. Az ilyen hatástalan gyógyszer nem jobb, mint a CAM, de több mellékhatása van. Ilyenkor a beteg adott esetben még jobban járhat egy CAM-készítménnyel.

Ennek bizonyítására képzeljünk el két hipotetikus esetet, mondjuk 2002-ből. Mindkettőnél egy serdülő major depresszív zavaráról van szó. Az egyikben a szülő pszichiáterhez viszi a gyereket, aki – az akkori szakirodalmi ajánlások alapján – paroxetint ír fel a serdülőnek. Ma már tudjuk: ez a gyógyszer ebben az indikációban nem hatásos (csak placebohatása van), viszont jelentős mellékhatása, hogy növeli az öngyilkossági gondolatokat és az öngyilkossági készletést, vagyis növeli az öngyilkossági kockázatot.

A másik szülő, aki a CAM-eljárásokban hisz, eléri, hogy homeopátiás készítményt írjanak fel a gyerekének. Ma úgy tudjuk, hogy ennek is legfeljebb csak placebohatása van, a gyógyszerrel szemben előnye azonban, hogy mellékhatása nincs, vagyis nem ártalmas. Szigorúan erre az esetre koncentrálva a fenti példában melyik gyerek járt jobban?

Természetesen ez a példa nem azt akarja sugallni, hogy általában jobb CAM-készítményt szedni, mint gyógyszert. Csak annak a megvilágítására szolgál, hogy a profitmotívumnak a tudományra gyakorolt negatív hatását ismerve nem szabad abba a hibába esnünk, hogy önelégülten minden esetben a tudományos medicina felsőbbrendűségét hirdetjük, mert a hatásos és hatástalan közötti határ nem feltétlenül a tudományos és a CAM-készítmények közötti határt jelenti.

#### *Az artemiszinin felfedezésének tanulságai*

Nem szabad elfelejteni, hogy számos hagyományos eljárás mögött évezredek tapasztalatok, gondos megfigyelés áll. Érvényes tudást

a régi korok emberei is szerezhettek. Ennek friss bizonyítéka a 2015. évi megosztott orvosi-élettani Nobel-díjas, a gyógyszerész-kémikus Tu Jujü (*Youyou Tu*) asszony munkássága. Ő az első kínai természettudományi Nobel-díjas, aki az egynyári ürömből (*Artemisia annua*) vonta ki annak hatóanyagát, az artemizint.

Az egynyári üröm a világon sokfelé (és így nálunk is) előforduló gyomnövény.

A *Plasmodium falciparum* és a *Plasmodium vivax* által okozott malária évezredek óta keresztül életet veszélyeztető fertőzés volt. Noha úgy tűnt, hogy nemzetközi összefogással a betegség eradikálható, ezek az erőfeszítések az 1950-es évekre kudarcot vallottak, főleg amiatt, mert a kórokozó egyre inkább rezisztens lett a fő antimaláriás készítményre, a klorokvinra (Youyou, 2011). Ekkor komoly kutatások kezdődtek új antimaláriás szerek felfedezésére. Ebben a kutatásban vett részt Tu asszony, aki a kutatásaihoz az inspirációt egy IV. századi kínai orvos-alkimista, Ge Hong (284–346) orvosi szövegeit tanulmányozva nyerte. Az ott leírtakból kiolvasható volt, hogy az egynyári ürömből nemcsak malária esetén, hanem himlő, vérhas, és tifuszszerű tünetek kezelésére is sikerrel használta (Hanson, 2015). A kutató által az egynyári ürömből végül kivont artemizinin a malária elleni új, hatásos kezelést jelentett. 2005-ben a WHO bejelentette, hogy az artemizinin-kombinációs terápia (ACT) lesz a maláriaellenes küzdelem fő módszere. Ez a terápia Afrikában ma is nagyon sok maláriás gyermek életét menti meg (Youyou, 2011).

Az artemizinin a hagyományos kínai orvoslásban használt eljárásoknak nem az első sikere volt.

A Kínában ősidők óta egészségmegőrzésre használt vörösrizsről ma tudjuk, hogy vörös

színét egy penészgomba adja (*Monascus purpureus*), mely sztatintokat tartalmaz. A sztatintok ma koleszterincsökkentőként a legnagyobb anyagi hasznot hozó gyógyszercsaládba tartoznak.

A sztatintokat az 1970-es években amerikai és japán kutatók fejlesztették ki az említett penészgomba hatását tanulmányozva.

Hasonlóképpen, a Kínában ősidők óta gyógyászati célra használt arzéntartalmú vegyületek is alkalmazásra találtak a modern medicinában. Az arzén-trioxid ma első vonalbeli szer az akut promielocitás leukémia (APL) kezelésére. A Huperzine A, melyet a memóriazavarok kezelésére használnak, egy új acetilkolin-eszteráz inhibitor, melyet a kínai orvoslás által jól ismert növényből, a *Huperzia serrata*-ból vontak ki. A Huperzine A egyik származékának tesztelése nemrég történt meg az USA-ban és Európában az Alzheimer-kór kezelésére (Youyou, 2011).

Youyou asszony hangsúlyozta, mennyi minden van még a tradicionális kínai medicinában, mely előnyös hatásokkal kecsegtet, s a mai medicinának is vizsgálania lenne érdemes.

#### *A tudományos módszerek nélkülözhetetlensége a hatássóság bizonyításában*

Mindez természetesen nem azt jelenti, hogy a hagyományos eljárásokat fenntartás nélkül el lehet fogadni, s változtatás nélkül alkalmazni lehet a tudományos medicinában. Gondos RKK-kal kell igazolni bármely szer, eljárás hatássóságát, vagyis az eljárásnak ki kell állnia a tudományosság mai próbáját. Az USA-beli National Institutes of Health-en (Országos Egészségügyi Intézetek) belül 1991-ben hozták létre a Komplementer és Alternatív Medicina Országos Központját (*National Center for Complementary and Alternative*

*Medicine* – NCCAM), abból a célból, hogy a CAM-eljárások hatássóságát a modern tudományos módszerekkel szisztematikusan tanulmányozzák.

A szervezet 1991-es évi kétmillió USD-s költségvetése 2010-re évi 120 millió USD-re nőtt (Fuller – Stein, 2014, 171.).

Bizonyos CAM-eljárások hatásosnak bizonyultak (akupunktúra), mások alig (homeopátia), noha a nagy hígítás miatt a homeopátiás készítmények biztonságosnak tekinthetők, vagyis legalább nem ártalmasak (Drane, 2014, 176.).

A múlt és a hagyomány, ha változtatás nélkül tehát nem is fogadhatók el, fontos ötleteket adhatnak, inspirációt jelenthetnek gyümölcsöző kutatási irányok megtalálására, ahogyan azt Tu Juju asszony munkássága is bizonyítja.

#### *A mai tudományos orvoslás egyoldalúsága*

A WHO jól ismert egészségdefiníciója szerint „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, s nem pusztán a betegség vagy a nyomorékság hiánya.” (WHO, 1958)

Ez nagyon tág definíció, s ebből a medicina ma főleg a szomatikus résszel foglalkozik. Ez önmagában is hiányosság. De magából a definícióból is kimaradt a betegek számára fontos spirituális dimenzió, a medicina gyakorlatából pedig ez ma teljesen hiányzik.

#### *A spirituális dimenzió kimaradása a mai medicinából*

Spiritualitás alatt nem az emberi lét vallásos dimenzióját értem, hanem azokat a tágabb, egzisztenciális kérdéseket, amelyek minden komolyabb betegség esetén létfontosságúvá válnak a beteg számára. Mi az élet értelme? Mi a betegség értelme, jelentése az életben? Miért kaptam meg ezt a betegséget, és miért

éppen én kaptam meg és miért éppen most? Miért történnek velem mostanában rossz dolgok? Lesz-e értelme az életemnek, ha ez a betegség nem gyógyítható? Mi lesz a halálom után?

Egy komolyabb s főleg krónikus betegség átalakítja az ember életvilágát, lehetőségeit és önértelmezését. A betegnek sokszor új identitást kell találnia, s régi identitásának egy részét szükségszerűen elveszti. Ez nem történhet problémák, krízisek nélkül, miközben a beteg próbál értelmet találni mindabban, ami vele történik. Ebben számítana az orvos segítségére, ezekre a kérdésekre azonban a mai tudományos medicina nem ad választ.

Ennek oka az, hogy a mai bizonyítékon alapuló orvostudomány csak a természettudományosan vizsgálható területekkel foglalkozik, az emberi psziché, s főleg a szubjektív élmények azonban nehezen vizsgálhatók. S a fenti, spirituális kérdések nem tartoznak ma közmegegyezés szerint a medicinához. Ugyanakkor ettől ezeknek a kérdéseknek a fontossága nem tűnik el. S ha nem válaszol rá a tudomány, akkor az emberek nem tudományos válaszokat is elfogadnak, bizonyítva Nietzsche aforizmájának igazát: *Az ember inkább hisz a semmiben, mint hogy semmiben se higgyen.*

#### *A beteg pszichológiai igényeinek figyelmen kívül hagyása*

A mai medicinában általános tapasztalat, hogy a klinikusok gyakran az „eset” orvosi-technikai vonatkozásaira koncentrálnak, s nem vizsgálják a beteg értékeit és érzéseit. Ezt sok empirikus vizsgálat megerősíti. Az orvosok a beteg egészségi állapotát igyekeznek javítani, s így a betegség szomatikus dimenziójára koncentrálnak, de az eset emberi és személyes vonatkozásait szisztematikusan elha-

nyagolják. Ezt a betegek panaszai is tükrözik. Az empátia hiányára panaszokodnak a leggyakrabban. S ezek nem izolált esetek, hanem a mai orvoslás „rendszerhibájára” utalnak. 2007–2008-ban Norvégiában orvos–beteg találkozásokat vettek videóra, utólagos elemzésre. 380 ilyen négy szemközti találkozást vettek fel. Az orvos–beteg találkozások egy ötszáz ágyas általános kórházban történtek a normál betegellátás keretében (Agledahl et al., 2011).

Az elemzés során az orvosok megnyilvánulásait három kategóriába sorolták: 1. az orvosi vonatkozások iránti érdeklődés, 2. udvariassági gesztus, 3. mélyebb (egzisztenciális) törődés a beteg problémáival.

Az elemzés megmutatta, hogy az orvos–beteg interakciókat főleg az orvosi vonatkozásokra való koncentráció dominálta. Azt, hogy a beteg ne váljon tárggyá, számos udvariassági gesztus biztosította. Az orvosok általában kedvesek, barátságosak voltak. De nem mutattak érdeklődést a beteg igazi, személyes, egzisztenciális problémái iránt.

A betegek gyakran próbáltak arról beszélni, hogyan érintette őket személyesen a betegség, erről azonban az orvosok konzisztensen visszaterelték a beszélgetést az orvosi vonatkozásokra.

Álljon itt néhány példa, melyeket a videóra vett orvos–beteg-találkozások elemzése révén nyertek (Agledahl et al., 2011).

**1. eset** • Pulmonológus–beteg találkozása: A beteg gyógyuló bronchitiséről beszél, majd hirtelen megjegyzi: „Egész életemben egészséges voltam, egészen addig, míg a feleségem meg nem halt, három évvel ezelőtt.” Az orvos a számítógép előtt ül, a leleteket nézi, s azt mondja, hogy: „Igen.” A beteg így folytatja: „De mikor meghalt, utána egy csomó rossz dolog kezdett velem történni, a szívem is

elkezdett rendetlenkedni.” „De azért máskülönben egészséges?” szakítja félbe az orvos. „Igen” mondja a beteg. „Akkor fel kell tennem magának a nagy kérdést, amit mindenkitől megkérdezek, aki hozzám jön. Dohányzik?” Végül az orvos COPD-t diagnosztizál, s ezt meg is mondja a betegnek. „A fiamnak asztmája van, s a feleségem is asztmában halt meg... szóval az asztma végigfut a családon.” mondja a beteg. Az orvos ír valamit, s közli, hogy több vizsgálatra nincs szükség. A beteg fészkelődik, s kérdezni akar valamit, mire az orvos felemeli a fejét, s megkérdezi: „Van még valami, amit szeretne megkérdezni?” A beteg gyorsan azt mondja, hogy nincs. Az orvos udvariasan kikíséri az ajtóig, és elköszön tőle.

Látható az eset átiratából, hogy az orvos udvarias, de csak az orvosi vonatkozásokkal törődik. Nem hallgatja meg a beteg saját betegség-narratíváját, s gyorsan lezárja a beszélgetést, holott a beteg még szeretne vele beszélni. Az orvos mindig következetesen a szomatikus vonatkozásokat hozza vissza a beszélgetés fókuszába. Nincs megbeszélve a beteg ki nem mondott szorongása, hogy esetleg ő is asztmás lenne. Vagyis a beteg szenvedésének egzisztenciális dimenzióját az orvos elkerüli. Ugyanakkor az orvos kedves, mosolyog, nem siet. Valójában azonban félbeszakítja a beteg további kérdéseit, és gyorsan lezárja a vizsgálatot, amit a beteg kelletlenül elfogad.

**2. eset • Aneszteziológus–beteg találkozó:** Az orvos a beteget a kórteremben látogatja meg. Mosolyogva bemutatkozik, leül egy székre. A beteg megkérdezi, hogy ő fogja-e operálni őt vagy altatni, de az orvos mindkettőre azt mondja, hogy nem. Felveszi az aneszteziológiai anamnézist. A beteg a kérdésekre gondosan válaszol. Mikor az aneszteziológus elkezd neki beszélni az epidurális érzéstelenítésről, a beteg nyugtalannak látszik, s többször

az általános anesztézia lehetőségére kérdez rá. Az orvos barátságosan, de sietősen magyarázza el neki az epidurális érzéstelenítés előnyeit, s nyugtatókat ajánl. A beteg azt válaszolja, hogy ő már szedi ezeket az apró bogyókat, de nem használnak. Ezen mindketten nevetnek. Majd az orvos megkérdezi, van-e még kérdése. „Hát, sok mindenben gondolkodom.” „Jó, de az anesztéziával kapcsolatban van-e kérdése?” „Csak az anesztéziával, s nem a sebészettel kapcsolatban?” – kérdezi a beteg. „Igen, csak az anesztéziával kapcsolatban.”

A beteg nyugtalannak látszik, s azt kérdezi, ébren lesz-e a műtét alatt? Az orvos barátságos hangon megnyugtatja, de gyors, türelmetlen szavakkal, majd kézbe veszi a dokumentációt, s megkérdezi. „Minden rendben?” A beteg hezitál. „Minden rendben?” kérdezi az orvos még egyszer. „Ideges vagyok, szörnyen ideges” mondja a beteg. Az orvos nyugtatókat ígér, s megkérdezi ismét. „Minden rendben?” A beteg elmondja, hogy bizonytalan a sebészen, s jó lenne, ha az aneszteziológus ott lenne vele holnap. Az aneszteziológus nevet. „Igen jó lenne, de sajnos holnap valami mást kell csinálnom.” Kezet nyújt, elbúcsúzik a betegtől, és elsiet. A beteg kinéz az ablakon az orvos távozása után, és nagyot sóhajt.

Itt is az aneszteziológus fókuszja kizárólag orvosi. Nem foglalkozik a beteg bizonytalanságával, s szinte rákényszeríti őt arra, hogy mondja azt, hogy minden rendben van. Az orvos udvarias, kedves, együtt nevet a beteggel. De a beteg szenvedésének egzisztenciális dimenziójával nem foglalkozik. Ha például a beteggel kicsit beszélt volna a sebészi beavatkozásról, azzal többet segített volna a beteg megnyugtatózásában, mint azzal, hogy újabb nyugtatók felírását ajánlotta fel neki.

**3. eset • Rákbeteg ellenőrző vizsgálata:** Hatvanéves férfi lép a rendelőbe a feleségével.

Egy évvel ezelőtt diagnosztizáltak nála rákot, már metasztázisokkal. Egy műtéten és több kemoterápiás kezeléssel esett túl. Most az egyik metasztázis növekedése a panasza. Elmondja, hogy érzi, amint nő a tumor, és romlott az étvágya. Az orvos a leleteket nézi. „Igen, látom. A vérképéből is látszik, hogy katabolikus állapotban van. Ez azt jelenti, hogy többet bont le, mint amennyit felépít.” A feleség panaszkodik a beteg fáradékonyságára. Az orvos kéri, próbálja számmal kifejezni a napi aktivitást. Majd megvizsgálja a beteg gyomrát, s felkiált: „De igen! Ez még besugározható! Igen, ebben biztos vagyok!”

Mikor az orvos egy percre kimegy, látszik, hogy a beteg és a felesége megvannak rémülve a betegség ilyen gyors progressziójától. Mikor az orvos visszajön, a feleség félénken rákérdez a besugárzásra. Az orvos elmagyarázza a kezelési tervet, majd összegzi azt. De a beteg nem áll fel, mintha még nem akarna elmenni. A felesége felhossa a máj metasztázisának kérdését, de az orvos azt mondja, hogy az nem jelentős most. A beteg bólogat, „igen, ühüm...” mondja, de nem mozdul. Végül egy perc csönd után a beteg felemelkedik. „Hát jó, végül is, végül is... talán rendben van.” Az orvos mosolyog, s azt mondja: „Akkor vizontlátásra.” S kezet nyújt.

Látható, hogy itt sem beszéltek meg az eset egzisztenciális részét. Itt már minden kezelés csak palliatív lehet. Az orvos itt is csak az orvosi vonatkozással törődik. Katabolikus állapotnak nevezi azt, ami a haldoklás kezdete. *Vizontlátásra* köszön el, és mosolyog, mikor valószínűleg nem lesz már vizontlátás. A mosolygás ellentétben áll a szituáció alapvetően tragikus voltával (Agle Dahl et al., 2011).

A fentiek tanulsága az, hogy ezek nem izolált esetek. Így működik ma a medicina. A betegségek orvosi oldalára koncentrálnak az

orvos, de az egzisztenciális oldallal nem foglalkozik, sőt, azt aktívan háttérbe szorítja. Ezt tartják a betegek az empátia hiányának.

Ugyanakkor bizonyos mértékig az orvosnak tárgyiasítania kell a beteget, s figyelmen kívül kell hagynia a beteg személyes narratíváját, hogy objektív maradjon. Ám ezzel sok orvosilag fontos információtól is elesik.

A fenti esetekben – úgy tűnik – az orvosok nincsenek tudatában annak, hogy elmulasztanak odafigyelni fontos egzisztenciális komponensekre. Ezeket az eseteket orvosi szempontból komplikációmentesnek látják. Lehetséges, hogy elkerülhetetlen a mai orvosi praxisban a beteg egzisztenciális igényeinek figyelmen kívül hagyása. De ha ez így is van, ez egy fontos morális kár, melynek tudatában kellene lenni. S az esetet leíró kutatók megjegyzik, hogy mivel az orvosok tudatában voltak annak, hogy a beteggel való interakcióikat videofelvételen rögzítik, majd utólag kielemezik, ezért az orvosok valószínűleg figyelmesebbek voltak, mint általában. Mivel ez a kutatás Norvégiában zajlott, ahol például szerűen fejlett és kulturált az egészségügy, valószínűsíthető, hogy más országokban sem jobb a gyakorlat az itt megfigyeltnél.

Mindez részben megmagyarázza azt, hogy az orvoslás fenti gyakorlatát figyelembe véve miért fordulnak a betegek olyan nagy számban komplementer és alternatív gyógyítókhoz. A fenti példák mindegyikében a beteg elégedetlenül hagyta el az orvosi rendelőt. Kérdésekkel, amelyekre nem kapott választ, sőt, amelyeket fel sem tudott tenni, mert az orvos nem teremtette meg azt a légkört, melyben a beteget érdeklő kérdésekről beszélni lehetett volna. A CAM-gyógyítók általában éppen a betegek fenti kielégítetlen igényeire igyekeznek reagálni. Még ha a CAM-eljárásoknak csak placebohatásuk lenne is, a beteg

akkor is úgy érzi, hogy foglalkoznak a betegségre személyes dimenzióival. Olyan magyarázatot is kap általában, melyek – ha természettudományosan nem is elfogadhatók – egyfajta értelmet tulajdonítanak szenvedésének, segítenek neki abban, hogy élete elveszett értelmét megtalálja, szétesett világát helyreállítsa. Ebben rejlik a CAM-eljárások népszerűsége. Természetesen az lenne az ideális, ha a betegnek a természettudományos medicina tudna segíteni a fenti problémákkal való megbirkózásban. Ameddig azonban ez nem történik meg, a betegek a CAM-gyógyítókhoz fognak fordulni, ezért fontos a CAM-gyakorlat etikai elveinek a meghatározása.

#### A CAM-eljárások használatának etikai feltételei

Ha abból a – valóságban nem teljesen igaz – megállapításból indulunk ki, hogy a CAM-eljárásoknak lényegében csak placebohatásuk van, akkor kimondható, hogy a CAM-eljárások használatának etikai feltételei lényegében a placebo használatának az etikai feltételeivel egyeznek meg. A placebo alkalmazása az orvosi gyakorlatban több ezer éves, s placebo a mai napig széles körben használnak mindenütt a világon. A placebo alkalmazása tehát önmagában nem etikátlan, ezt a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe is így tartja (MOK, 2016). Azonban, a tájékozott belegegyezés elve szerint a placebo alkalmazásáról a beteget tájékoztatni szükséges.

#### A beteg tájékozott belegegyezése mint feltétel

A CAM-eljárások használatának első etikai feltétele a tájékozott belegegyezés elve. Eszerint nem szabad placebo a beteg tájékozott belegegyezése nélkül használni. A placebo akkor is hathat, ha a beteg tudja, hogy placebo a. Tehát a betegnek CAM-eljárás alkalmazása esetén meg kell mondani, hogy a „tudomá-

nyos” orvoslás szerint a CAM-nak csak placebohatása van, ami nem nulla hatás ugyan, hanem csak placebohatás, annál azonban nem több. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy például egy homeopátiás készítmény dobozára kötelező jelleggel rá kellene írni, hogy *Ennek a készítménynek a hatásossága tudományosan nem igazolt.*

S a tájékozott belegegyezés elve azt is megkövetelné, hogy valamennyi – a gyakorlatban használt – CAM-eljárásról álljanak rendelkezésre azok hatásait a természettudomány szempontjai szerint elemző tájékoztató nyomtatványok, melyeket ingyen kellene elérhetővé tenni a betegek által gyakran látogatott helyeken, például patikákban, orvosi rendelőkben. Ma a szakembernek sem könnyű tájékozódni az egyes eljárások természettudományos megítéléséről, laikusok pedig ezzel a feladattal egyedül nem birkóznak meg. A tájékoztatásuk tehát alapvető feltétele annak, hogy szabadon, kellő információ birtokában dönthessék el, hogy igénybe vesznek-e CAM-eljárásokat, vagy sem.

#### Egészségpolitikai feltételek

Alapvető feltétel, hogy a CAM-eljárás nem lehet ártalmas. Ez a *Ne árts!* elvéből következik. Kérdés azonban, hogy ez elegendő-e, vagy ennél szigorúbban azt is meg kell követelni, hogy az illető CAM-eljárás hatásos legyen? Ez – mint korábban már láttuk – attól függ, hogy a placebohatású készítményt, eljárást hatásosnak tekintjük-e? A tudományos orvoslás definíciószerűen a placebo nem tekinteti hatásosnak, ugyanakkor a placebohatás a beteg által észlelhető, vagyis a beteg hatásosnak tekinti. Mivel kiindulásunk az volt, hogy CAM-készítmények csak placebohatásúak, ezért használatuk etikai feltétele, hogy káros hatással nem rendelkező placebo legyenek.

Ha az ilyen placebo használata nem a beteg becsapásán alapul, hanem a tájékozott belegegyezésével történik, akkor a CAM placebo használata etikailag elfogadható.

#### Szűkebb értelemben vett etikai feltétel

A tudományos medicinát ősidők óta egészen a mai napig sajátos etika is jellemzi. Az, hogy a beteg érdeke előbbre való az orvos anyagi érdekénél. A segítség fontosabb, mint az üzlet. Ez ma még nem jellemző a CAM-eljárásokra,

melyeknél az üzleti vonatkozások sokszor dominálnak. Ha a CAM-eljárások használatának során is elfogadásra kerül a beteg érdekeinek elsődlegességét hangsúlyozó erkölcsi hozzáállás, akkor a CAM-eljárások etikus használatának a harmadik feltétele is teljesül (Drane, 2014, 182.).

Kulcsszavak: *komplementer és alternatív medicina (CAM), bizonyítékokon alapuló orvoslás, áltudomány, kurzuslás, placebo, spiritualitás*

#### IRODALOM

- Agledahl, Kari Milch – Gulbrandsen, P. – Førde, R. – Wifstad, Å. (2011): Courteous But not Curious: How Doctors' Politeness Masks Their Existential Neglect. A Qualitative Study of Video-Recorded Patient Consultations. *Journal of Medical Ethics*. 37, 650–654. doi:10.1136/jme.2010.041988 • <http://jme.bmj.com/content/37/11/650.full>
- ATV (2015): *Egyenes beszéd*. X. 29.
- Bernáth Bea (2015): *Kiegészítő gyógymódok*. (Interjú prof. Dr. Hegyi Gabriellával, a Pécsi Egyetem Komplementer Medicina Tsz. vezetőjével) *Orvosok Lapja*. 9. 20–21.
- Doshi, Peter (2015): No Correction, No Retraction, No Apology, No Comment: Paroxetine Trial Reanalysis Raises Questions about Institutional Responsibility. *British Medical Journal*. 351, September, h4629. DOI: 10.1136/bmj.h4629
- Drane, James F. (2014): Alternative Therapies II. Ethical and Legal Issues. In: Jennings, Bruce (editor in chief): *Bioethics*. 4<sup>th</sup> edition. (Gale Cengage Learning) Macmillan Reference USA, New York–Chicago
- Fuller, Robert C. – Stein, Justin (2014): Alternative Therapies I. Social History. In: Jennings, Bruce (editor in chief) (2014): *Bioethics*. 4<sup>th</sup> edition. (Gale Cengage Learning) Macmillan Reference USA, New York–Chicago
- Gelder, Michael Graham – Gath, D. – Mayou R. (1991): *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford–New York
- Hanson, Marta (2015): *Is the 2015 Nobel Prize a Turning Point for Traditional Chinese Medicine? The Conversation*. October 6. • <http://tinyurl.com/p7lldsm>
- Kazai Anita (2015): Kiderült: csak a teljes nyilvánosság biztosíthatja a gyógyszercégek őszinteségét. *Medical Online*. szept. 22. • <http://tinyurl.com/hzhykwa>

- Keller, M. B. – Ryan, N. D. – Strober, M. et al. (2001): Efficacy of Paroxetine in the Treatment of Adolescent Major Depression: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40, 762–772. DOI: 10.1097/00004583-200107000-00010
- Kelly, Kevin V. (1995): Psychoanalysis and Dynamic Therapies. In: Reich, W. T. (ed.) (1995): *Encyclopedia of Bioethics*. (Revised edition): Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster and Prentice Hall International, New York–London–Toronto
- Kovács József (2007): Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában, Medicina, Budapest
- Kovács József (2009): Tarajos süllő vagy cápa? A profitorientált orvostudományi kutatás által felvetett etikai problémák. (Kovács J.: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Bp., Medicina, 2007, 523–556.) 2000 Irodalmi és Társadalmi Havi. 2009. december, 49–61. • <http://tinyurl.com/gre86cw>
- Le Noury, Joanna – Nardo, J. M. – Healy, D. et al. (2015): Restoring Study 329: Efficacy and Harms of Paroxetine and Imipramine in Treatment of Major Depression in Adolescence. *British Medical Journal*. 351, September, h4320. DOI: 10.1136/bmj.h4320 • <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4320>
- MOK (2016): *A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe*. II. 7(5) • <http://www.mok.hu/info.aspx?sp=65>
- Shorter, Edward (1997): *A History of Psychiatry*. John Wiley & Sons, New York–Brisbane–Toronto
- WHO (1958): *The First Ten Years of the WHO*. WHO, Geneva • <http://tinyurl.com/gqtfthf>
- Youyou, Tu (2011): The Discovery of Artemisinin (qinghaosu) and Gifts from Chinese Medicine. *Nature Medicine* 17, 1217–1220. DOI: 10.1038/nm.2471 • <http://tinyurl.com/q3n3rda>