

AZ EGÉSZSÉG ÉS A BETEGSÉG FOGALMA

I. Általános megjegyzések

A medicinában az egészség-betegség fogalompár ugyanazt a szerepet tölti be, mint az esztétikában a szép és a rút, az etikában a jó és a rossz, vagy a tudományban az igaz és a hamis; olyan alapvető értékfogalmak, melyek az adott terület jelenségeit két csoportba osztják: a kívánatos és a nemkívánatos jelenségekre.

Legáltalánosabban a betegség, mint erre Gert és Culver¹ rámutat, olyan testi vagy szellemi állapotot jelent, melyet racionális ember öncélként nem kíván, mely önmagában rossz, kerülendő, s legfeljebb valamely más cél elérésének eszközeként lehet kívánatos. Ilyen öncélként nemkívánt állapotok a szenvedés, a fájdalom és a halál.² Ezeket az állapotokat öncélként minden kultúra rossznak, kerülendőnek tartja, s ezek kerülése az emberek oly természetes jellemzője, hogy ez külön magyarázatot nem is igényel. Mindig az szorul magyarázatra, ha egy kultúrában az emberek keresik a fájdalmat, szenvedést, halált, egyszóval a betegséget. Ez természetesen előfordulhat, a betegség és a halál bizonyos kultúrákban vagy bizonyos körülmények között értékelt, vágyott állapot is lehet (pl. vallási, mitológikus stb. elképzelések miatt), de mindig csak más, kívánatos célok elérésének eszközeként, sohasem öncélként.

Ugyancsak Gert és Culver³ hívja fel a figyelmet arra, hogy az egészség-betegség fogalmak mindig olyan testi vagy szellemi állapotokra vonatkoznak, melyek fenntartó oka magában a testben, és nem a környezetében van, vagyis az ok a testtel szorosan integrálódott, attól könnyen nem elválasztható. Például az éhezés következtében létrejövő szenvedés nem betegség mindaddig, míg csak külső (szervezeten kívüli) oka van, vagyis ameddig pl. egy kiadós étkezéssel a tünetek azonnal megszüntethetők. De ha az éhezés már magában a testben is olyan elváltozásokat hozott létre, melyek rövidebb-hosszabb ideig a megfelelő táplálkozás ellenére is fennmaradnak, akkor ez már betegség (malnutrito), mert fenntartó oka a test bizonyos állapota.

II. Az egészségnek a statisztikailag leggyakoribbként való megközelítése

A medicinában és főleg a klinikai gyakorlatban nagy hagyományai vannak, hogy az egészségest, a normálist mint átlagost, mint a leggyakrabban előfordulót határozzák meg. Ha olyan anatómiai vagy élettani paramétereket vizsgálunk, amelyeket nagy számú, önmagában kis hatást gyakorló, és egymástól függetlenül ható tényező szab meg, akkor a kérdéses paraméter normál eloszlású lesz, vagyis Gauss görbét kapunk. Az így kapott görbén az átlagtól való ± 2 szó-

rás eltérést tekintik sokan a normalitás alsó, illetve felső határának. Így módon azonnal két betegéosztály is adódik, az illető mennyiségi paraméter "hyper", illetve "hypo" jellegű megváltozása.

Elméleti szempontból azonban ezen meghatározás helyessége vitatható. A definíció legfőbb hibája: nem mondja meg, hogy a leggyakoribb milyen kritériumok alapján tekinthető a legelőnyösebbnek, a legegészségesebbnek, ezért a normális, illetve abnormális közötti határ kijelölése önkényesnek tűnik. A vérnyomás, vércukorszint stb. normális határait pl. nemzetközi konvenciók rögzítik. De jogosan kérdezhető: miért éppen ott jelölték ki a határokat, ahol kijelölték? Normális eloszlás esetén miért éppen a ± 2 szórási tartomány tekinthető normálisnak?

A definíció másik fő hibája: számos, az emberi populációban általánosan elterjedt (tehát statisztikailag normális) jelenséget patológiásnak tekintünk (pl. caries, pes planus stb.), viszont sok ritka, statisztikailag tehát abnormálisnak tekintendő jelenséget abszurd lenne betegségnek tartani (pl. rendkívüli sportteljesítményre való képesség, rendkívüli szellemi képesség stb.) Az amerikai indiánok egy törzsének pl. egyedülálló képessége, hogy rendkívüli magasságokban sem szédülnek. Ez a tulajdonság az emberi faj egy csekély töredékére jellemző csak. Betegség ez ettől?

Az egészséget a statisztikailag leggyakoribbal azonosító nézet általában azzal érvel, hogy bármely, az emberi populációban leggyakrabban észlelhető jelleg azért a leggyakoribb, mert a múltban nyilván valamilyen szelekciós előnyt jelentett az ezt hordozó egyedek számára, míg a ritka jellegek valamilyen (esetleg általunk még nem ismert) szelekciós hátrányt jelentenek. Újabban mutattak ki például olyan összefüggést, hogy a leggyakrabban előforduló "0" vércsoport kisebb fogékonyságot jelent bizonyos betegségekre. Ezért tehát valószínű, hogy bármilyen jelleg, mely a populációban ritkán fordul elő (kezdvé pl. az "AB" vércsoporttól folytatva egészen a kiemelkedő szellemi képességig), valamilyen szempontból szelekciós hátrányt jelent, így tehát bizonyos körülmények között az egészség alacsonyabb fokát is jelentheti, hiszen ha valóban előnyös lenne, elszaporodott volna, és ma ez a jelleg fordulna elő a legnagyobb számban, vagyis ez lenne az átlag. Hogy ez nem így történt, annak az lehet az oka, hogy az általunk előnyösnek ítélt jelleg jelentős hátrányokat is hordoz, ezek a hátrányok azonban sok esetben általunk nem ismertek.

Ez az érvelés azonban nem veszi figyelembe, hogy az emberi szaporodást nem kizárólag biológiai törvények határozzák meg. A fenti érvelés az állati szaporodás törvényeire illik a legjobban, bár arra sem teljesen. Jogosan felvetődik ugyanis a kérdés: ha a genetikusan meghatározott testi-szervezeti hátrányok (betegségek) csak szelekciós hátrányt jelentenek, miért nem szelektálódtak ki teljesen? Miért fordulnak elő minden egyes generációban újból és újból? A válasz a darwini elmélet alapján az, hogy egy faj variabilitásának (vagyis az átlagtól jelentősen eltérő "változatok" megjelenésének) biológiai értelme, hogy a környezetnek legyen "miből" kiválogatnia a legegészségesebb egyedeket. Ezért az átlagtól való je-

lentős eltérés, a biológiai értelemben vett abnormalitás minden faj inherens sajátossága kell legyen, mert enélkül a faj fejlődésképtelen lenne, hiszen az abnormalitás - bizonyos környezeti feltételek esetén - egészség lehet. Bizonyos értelemben elmondható, hogy a biológiai evolúció az abnormalitás következménye. Az abnormalis egyedek produkálásának képessége a faj fontos, túlélést biztosító tulajdonsága, hiszen ez teszi lehetővé a faj fejlődését, mert voltaképpen ez a faj egyetlen lehetősége a környezethez jobban alkalmazkodó egyedek kikísérletezéséhez. Paradox módon tehát egy faj csak akkor egészséges, ha abnormalis egyedeket is tud produkálni, hiszen ez a faj fejlődőképességének, a környezethez való genetikai alkalmazkodásnak a záloga.

Az állatvilágban, az egyed szintjén, biológiailag a normalitás az egyed olyan testi állapota, melyben az egyed szaporodóképessége maximális. Minél több, a szaporodóképes kort elérni képes utódot tud egy egyed produkálni, biológiailag annál egészségesebbnek tekinthető. A maximális szaporodóképességet lehetővé tevő tulajdonságok azután - az utódokra való átörökítés révén - lesznek a leggyakoribbak, a fajra legjellemzőbbek. Ez az állítás azonban csak akkor igaz, ha a szaporodást és az életbenmaradást tisztán biológiai törvények befolyásolják, vagyis csak az emberi civilizációtól távol élő élőlényekre érvényes.

Az emberi társadalom azonban a környezethez való alkalmazkodás új formáját, a kulturális alkalmazkodást fejlesztette ki. Az ember nemcsak biológiailag alkalmazkodik környezetéhez, hanem az általa készített eszközök révén is. Úgy is fogalmazhatunk: az emberi evolúció egy jelentős része áttevődik a tárgyra, nem az ember maga fejlődik, hanem tárgyait fejleszteti,⁴ és így alkalmazkodik a környezetéhez. A kérdés tehát az ember esetén nem úgy vetődik fel, hogy egy emberi egyed egy adott környezetben életképes-e, alkalmazkodott-e hozzá biológiailag, hanem úgy: rendelkezik-e olyan tárgyakkal, eljárásokkal, melyekkel együtt alkalmazkodni tud a környezetéhez. Ezért nem az az ember tekintendő betegnek, aki testileg képtelen alkalmazkodni a környezetéhez, hanem az, aki az adott kultúra által rendelkezésre bocsátott eszközökkel, eljárásokkal együtt sem képes a környezethez fájdalom, szenvedés nélkül alkalmazkodni. Így tehát egy emberi csoport életképességét nemcsak biológiai, hanem kulturális alkalmazkodóképessége is befolyásolja, melynek jelentősége a történelem során egyre nő. Az alkalmazkodás az embernél nem egyedi, hanem társadalmi szinten történik, ezért a ma leggyakoribb emberi tulajdonságok (jellegek) nem a biológiailag legéletképesebb emberek leggyakoribb jellegei, hanem az legéletképesebb kultúrákban élő emberek leggyakoribb jellegei. A legéletképesebb kultúrák pedig a környezethez való alkalmazkodást legjobban segítő tárgyakat, eljárásokat produkáló kultúrák. Erre jó példa az amerikai indiánok XV. század végi demográfiai helyzete. Mivel semmiféle állati eredetű tejet nem ismertek, ezért az anyák gyermekeiket 3-4 éves korukig kellett szoptassák, s ez alatt természetesen csak csekély mértékben voltak fogamzóképesek. Egy kulturális vívmány (pl. tehéntej) hiánya elegendő volt ahhoz, hogy egy kultúrát katasztrofális demográfiai helyzetbe juttasson.⁵

Egy populációban statisztikailag az az öröklődő jelleg a laggyakoribb, melynek hordozói az előző nemzedékben maximális szaporodási lehetőséghez jutottak. Állatoknál a maximális szaporodási lehetőség oka csakis valamilyen biológiai előny lehet, az emberi társadalomban azonban társadalmi előny is. (Például jobban tudta testi jellegeit szaporodással elterjeszteni egy közepes egészségű római patricius, mint egy kitűnő egészségű római rabszolga gladiátor.)

Általában igaz, hogy minél fejlettebb egy társadalom, illetve minél előnyösebb az egyén helyzete a társadalomban, annál jobban fel tudja használni a kultúra adta lehetőségeket a környezethez való alkalmazkodásra, vagyis annál kevésbé érvényesülnek tisztán biológiai törvényszerűségek az adott társadalom szaporodásában. Ez azonban az egyes testi jellegek statisztikai megoszlására lényeges hatást gyakorol. Nézzünk néhány, az emberi szaporodásban szerepet játszó nem-biológiai tényezőt.

1./ Társadalmi-gazdasági helyzet. Előnyösebb anyagi-gazdasági feltételek esetén általában jobban lehet óvni az egészséget, illetve távoltartani az egészségkárosító tényezőket (pl. fertőzéseket stb.). Első közelítésben tehát minél előnyösebb egy egyén társadalmi-gazdasági helyzete, az általa hordozott (s biológiailag nem feltétlenül optimális) biológiai paramétereket annál nagyobb mértékben el tudja terjeszteni, hiszen utódai esetleges biológiai hátrányait tárgyi-kulturális tényezőkkel kompenzálni tudja. Bizonyos társadalmi helyzet sokszor önmagában is szaporodási előnyt jelenthet (pl. bizonyos fejedelmek, uralkodók akár több ezer gyermek nemzői is lehetnek), s a megszületendő utódok életben maradási esélyei is annál jobbak, minél előnyösebb társadalmi helyzetűek, hiszen kedvező körülmények esetén a "gyengébb" egészségű utódok is életben maradhatnak, elérhetik a szaporodóképes kort, és így gyermeket nemzhetnek, míg egy rosszabb társadalmi helyzetű egyén "jobb" egészségű utódai is áldozatul eshetnek az extrém rossz körülményeknek. Jó példa erre az éhínség, mely Európában még néhány száz évvel ezelőtt is néha egy ország lakosságának a harmadát elpusztította, és természetesen nem egyformán szedte áldozatait a társadalom különböző rétegeiből. Az éhínséget szinte természeti szükségszerűséggel követő járványok ellen is jobban tudtak védekezni - korabeli leírások szerint - a jelentős élelmiszertartalékokkal rendelkező, gazdagabb rétegek, akik a járvány idejére házukba, birtokaikra, hajóikra stb. bezárkózva átvészelték a fertőzést, mint a nagy tömegű szegények, akik a nagyvárosokban összezsúfolódva, élelmiszertartalékok stb. híján a fertőzés könnyű prédái lettek.

2./ Vallási, erkölcsi, kulturális tényezők. Vallási előírások bizonyos - biológiailag nem feltétlenül hátrányos helyzetű - egyének szaporodását lehetetlenné tehetik (pl. papi nőtlenség, szerzetesek, apácák). Bizonyos erkölcsi tradíciók is jelentős szerepet játszhatnak. Ilyen például a monogámia intézménye, mely biológiai szempontból jelentősen csökkenti a férfiak közötti versengést, nem teszi lehetővé, hogy a biológiailag legalkalmasabb férfiak termékenyítsék meg a lehető legtöbb nőt, de ezt a poligámia intézménye is akadályozza, ahol a feleségek száma nem a férj biológiai alkalmasságától, hanem társadalmi

rangjától függött. Létezett olyan indián kultúra, melyben a vezérnek olyan sok felesége volt, hogy ez megbontotta a törzsben a normális férfi-nő arányt. Az egyik kultúra erre a férfiak homoszexualitásával, a másik poliandriával reagált.⁶

Számos primitív társadalom ismeri a rituális gyermek- és felnőttáldozatok intézményét, ahol sokszor a legszebb, legéletképesebb embereket áldozták fel az istenek kiengesztelésére, a háborúban is sokszor a biológiailag legegészségesebb férfiak vettek részt és pusztultak el. Mivel az emberi jellegek gyakorisági eloszlását a már említett biológiailag közbűbbs kulturális tényezők nem pontosan felbecsülhető mértékben, de valószínűleg jelentősen befolyásolták, ezért egyáltalán nem biztos, hogy a ma leggyakoribb emberi jellegek a biológiailag legelőnyösebb emberi jellegek, hiszen létrejöttükben a biológiai előny csak az egyik, és nem feltétlenül a legjelentősebb tényező volt. Ezért elméletileg megkérdőjelezhető a statisztikailag leggyakoribbnak a biológiailag legoptimálisabbal való azonosítása. Azt mondani, hogy a ma létező emberek leggyakoribb testi sajátosságai a biológiailag lehetséges legjobbak, hasonló Leibniz kijelentéséhez, miszerint a létező világ a lehetséges világok legjobbjika.

III. A betegségfogalom gyakorlati célú definíciója

A klinikai gyakorlatban mégis a betegségfogalom statisztikai jellegű megközelítését célszerű alapul venni, némi korrekcióval. A mindennapi gyakorlat számára a betegség fogalmát King,⁷ továbbá Gert és Culver⁸ betegségdefinícióinak a felhasználásával a következőképpen fogalmazhatjuk meg: A betegség a statisztikai átlagtól eltérő olyan testi vagy szellemi állapot, mely fájdalommal, szenvedéssel, halállal, vagy mindezeknek az átlagosnál nagyobb valószínűségével jár.

A betegségfogalom természetesen kontextusfüggő, vagyis az, hogy egy adott állapot okoz-e szenvedést, fájdalmat stb., mindig a társadalmi környezettől függ. Így lehetséges, hogy egy adott állapot (pl. dyslexia) bizonyos társadalmi körülmények között (analfabétizmus általános elterjedtsége) nem betegség, más társadalmi körülmények között igen. Társadalmi környezet alatt mindig azt a környezetet értjük, mellyel az adott társadalom minden tagja nagy valószínűséggel találkozni fog, és nem azt, az adott korban létező, de egészen speciális környezetet, mellyel egy személy csak kis valószínűséggel, esetlegesen találkozhat. Egészen speciális körülmények minden társadalomban léteznek, s az ezekhez való alkalmazkodási képesség nyilván különleges tulajdonságokat igényel, ezek megléte vagy hiánya azonban csak a "munkaalkalmasság" kérdését érinti, de ritkán befolyásolja az illető általános egészségi állapotáról alkotott felfogásunkat. (Például az újját elvágó titkárnő aligha tekinthető betegnek, noha írógépelésre alkalmatlan. Egy órásnak lehet, hogy előnyös a rövidlátás, de ez annyira speciális körülménynek számít a társadalomban, hogy a myopiát

mégis betegségnek tekintik.) A társadalom "környezeten" tehát a leggyakrabban előforduló, és ezért mindenkit érintő környezeti hatásokat érti.

A fenti betegségdefiníció kapcsán azonban kell tennünk egy megszorítást. Mivel egy társadalom bármely tulajdonságot önkényesen is hátrányosnak minősíthet (pl. a szeplőt), s az így stigmatizált embereknek a kiközösítés révén fájdalmat, szenvedést okozhat, (szekunder deviancia) ezért csak azon állapotokat lehet betegségnek tartani, melyek a társadalom helytelenítése, stigmatizáló hatása nélkül is fájdalmat, szenvedést okoznának. Ha egy állapot pusztán azért okoz fájdalmat, szenvedést, mert azt a társadalom helyteleníti, de az illető tulajdonság a társadalomban való széles körű elterjedtsége és közömbös társadalmi megítélése esetén nem okozná az egyének fokozott fájdalmát, szenvedését, akkor az illető állapot nem tekinthető betegségnek. Ennek a megszorításnak főleg a mentális betegségek, devianciák meghatározásánál van jelentősége. Nincs az az átlagtól eltérő mentális tulajdonság, erkölcsi beállítottság, melyet egy társadalom ne tarthatna önkényesen kórosnak, betegnek, vagy ellenkezőleg: Kívánatosnak és egészségesnek. (Például a múlt századi Amerikában az orvosok leírtak egy sajátos betegséget: azt, hogy a rabszolga rendszeresen megszökik urától. Ezt drapetomániának nevezték.⁹ A középkorban egyes hallucinálókat nem elmebetegnek, hanem szentnek tartottak, a maszturbációt elmebetegségnek tekintették stb.) A fenti megszorítás szerint azonban a hallucináció azért számít betegségnek; mert általános elterjedése - társadalmilag közömbös megítélés esetén is - nagyszámú munkaképtelen, önmagát ellátni nem tudó, tehát szenvedő, fájdalmat átélő embereket eredményezne. Ezen teszt - úgy vélem - alkalmas a betegségfogalommal való - a drapetomániához hasonló - visszaélések elkerülésére. A betegségfogalom gyakorlati célú definíciója, mivel lényeges részeként tartalmazza az átlagtól való (bizonyosfajta) eltérést, ezért a már elemzett okok miatt teoretikusan nem teljesen elfogadható.

IV. A betegség elméleti célú definíciója

Elméletileg elfogadhatóbbnak látszik a következő betegségdefiníció: A betegség olyan testi vagy szellemi állapot, melyet öncélként senki sem kíván (fájdalom, szenvedés, halál), vagy ezen állapot bekövetkezésének az elméletileg lehetséges minimumnál nagyobb valószínűsége. Ezzel szembeállítva tehát az egészség az az ideális állapot lenne, melyben nincs aktuálisan szenvedés, vagy fájdalom, s a jövőben szenvedésnek, fájdalomnak vagy halálnak az adott körülmények között az elméletileg lehetséges legminimálisabb a valószínűsége.

Howy melyik állapot jár az elméletileg lehetséges legminimálisabb valószínűségű szenvedéssel, azt sokszor csak korábbi, egyedi esetekből tudjuk (ti. hogy élt már ilyen szervertető ember). Lehetséges, hogy ilyen ember még nem élt, de elméletileg lehetséges. (Például elméletileg a génszűrés révén "hibátlan", tehát kóros gént még recesszív formában sem

hordozó génkészletű embert is elő lehet "állítani", holott ilyen ember valószínűleg ma ismereteink szerint - nem létezik.)

Ez a definíció a statisztikai átlagtól függetlenül állapítja meg, hogy mi tekinthető egészségesnek. Például, ha valamilyen eljárással az emberi fogfejlődés is felruházzhat lenne azzal az önmegújító mechanizmussal, mellyel bizonyos állatok rendelkeznek (ti. az előregedett, beteg fogak kihullanak, s új nő helyettük pl. a krokodilnál), akkor teoretikusan egy ilyen emberi egyed egészségesebb lenne, mint az a társa, mely ilyen folyamatos fogváltásra nem képes.

Nem számít, hogy egy ilyen változást esetleg csak mesterségesen (pl. idegen gének bejuttatásával) lehetne elérni: ha az új állapot kevesebb szenvedéssel, fájdalommal, vagy ezek kisebb valószínűségével járna, akkor ezt kellene egészségesnek (kívánatosnak) tartanunk, bármennyire is mesterségesen létrehozott állapot lenne is ez. Fenti állítás bizonyítására kevésbé fiktív példa is adódik: bizonyos fertőző betegségek kontagiozitási indexe 100 % körül jár, vagyis majdnem mindenki megbetegszik, aki a beteggel kontaktusba kerül. A védőoltások segítségével - tehát mesterségesen - számos fertőző betegség ellen igen nagyfokú védettség biztosítható. Fenti definíciónk szerint két egytétűjű, genetikailag azonos konstitúciójú ikerpárnak az a tagja az egészségesebb, mely pl. kanyaró ellen védőoltással védett, hiszen neki kisebb az esélye a kanyaróval kapcsolatos fájdalomra, szenvedésre, mint nem védett ikerepárjának. És ezen nem változtat, hogy a védőoltás "mesterséges" találmány. Ezért az a testi állapot az egészséges, mely fájdalomra, szenvedésre stb. való minimális valószínűséget jelent, függetlenül attól, hogy ez veleszületett képessége-e a szervezetnek, vagy mesterségesen létrehozott.

Összefoglalás

A betegség tehát elméletileg olyan testi vagy szellemi állapot, melyet fájdalom, szenvedés jellemez, vagy ennek az elméletileg lehetséges minimumnál nagyobb valószínűsége. Az elméletileg lehetséges minimum megállapítása empirikus kérdés, s mivel gyakran nem lehetséges, ezért a gyakorlatban a statisztikai átlagot szokták az elméletileg lehetséges minimummal azonosítani. Elméletileg azonban semmi bizonyíték nincs rá, hogy a ma létező statisztikailag leggyakoribb emberi jellegek az adott környezeti feltételek között biológiailag a lehetséges legoptimálisabbak, ezért az általunk adott definíció elméletileg elfogadhatóbb, s a kutatás számára is orientálódóbbnak tűnik, mint a statisztikai betegségfelfogás.

JEGYZETEK

- 1 C.M. Culver - B. Gert: *Maladies*. In: C.M. Culver - B. Gert: *Philosophy in Medicine*. New York - Oxford, Oxford University Press, 1982.

- 2 Uo.
- 3 Uo.
- 4 Csaba György: Gondolatok az emberiség jövő evolúciójáról. In: Az evolúció és az emberiség (Szerk.: Vida Gábor) Natura, Budapest, 1983.
- 5 Fernand Braudel: Anyagi kultúra, gazdaság és kapitalizmus. XV-XVIII. század. Gondolat, Budapest, 1985.
- 6 Maria Ossowska: Erkölcstaniológia. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1973.
- 7 King, Lester S.: What is disease? Philosophy of Science, 1954, 21. 193-203. old.
- 8 C.M. Culver - B. Gert: Id. mű.
- 9 Mary C. Rawlinson: Women, Medicine and Religion. In: Journal of Medicine and Philosophy. Vol. 9. No. 3. August, 1984.