

A terápiaválasztás szociokulturális tényezői – a komplementer és alternatív medicina használatának körülményei magyar betegek körében

Doktori értekezés

Zörgő Szilvia

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Zana Ágnes, egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Köteles Ferenc, egyetemi tanár

Dr. Horkai Anita, egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Dr. Tringer László, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Barabás Katalin, egyetemi docens

Dr. Pethesné Dávid Beáta, egyetemi tanár

Budapest

2020

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	6
1.1 A kutatás	6
1.1.1 A kutatás témája	6
1.1.2 A téma klinikai relevanciája.....	6
1.1.3 A Hagyományos Kínai Orvoslás (HKO) és transzferabilitása.....	6
1.2 A Komplementer és Alternatív Medicina (KAM)	7
1.2.1 KAM definíciók és tipológiák.....	7
1.2.2 A KAM prevalenciája	10
1.2.3 Jogi szabályozás és oktatás	14
1.2.4 A KAM történeti szempontból.....	15
1.2.5 A KAM és a HKO jelenlegi helyzete Magyarországon	17
1.2.6 A tipikus KAM-használó	19
1.3 A terápiaválasztás	20
1.3.1 A terápiaválasztás megközelítései.....	20
1.3.2 A jelentésadás szükségessége.....	24
1.3.3 Laikus magyarázó modell-tipológiák.....	26
1.3.4 Döntéshozatali modellek.....	28
2. Célkitűzések.....	31
3. Módszerek	33
3.1 Általános módszertani irányelvek.....	33
3.2 Az antropológiai terepmunka ismertetése.....	33
3.2.1 Terepszemlék	34
3.2.2 Résztevéő megfigyelés.....	34
3.2.3 Félig strukturált interjúk: gyógyítók	36
3.2.4 Félig strukturált interjúk: betegek	37
3.3 Az adatok kódolása és elemzése	38
3.3.1 A kódolási folyamat	38
3.3.2 Kódfák	39
3.3.3 Az adatok elemzése	40
4. Eredmények - Alapadatok	41
4.1 A minta szociodemográfiai jellemzői	41
4.2 HKO rendelők fizikai és szociokulturális környezete	43
4.3 HKO orvosok	45

4.4 Az orvos-beteg kapcsolat.....	48
4.5 Orvosi konzultáció.....	50
5. Eredmények – A KAM-ba való belépés lehetséges pontjai (PJ kódrendszer)	53
5.1 Diagnózis	54
5.2 Orvosi konzultáció	55
5.2.1 Kielégítetlen igények.....	56
5.2.2 A bizalomvesztés módjai	60
5.2.3 A bizalomvesztés következményei	69
5.3 Kezelések	77
5.3.1 Nincs gyógymód	77
5.3.2 Jelen stádiumban nincs gyógymód.....	77
5.3.3 A kezelés hatástalan	78
5.3.4 Mellékhatások	80
5.3.5 A kezelés visszautasítása.....	82
5.3.6 Rehabilitáció.....	85
5.4 A betegút bármely pontján.....	85
6. EM kódrendszer és magyarázó modell tipológia	88
6.1 Az EM kódrendszeréről.....	88
6.2 Fő kódok és az adatok tematikus csoportosítása.....	88
6.3 Magyarázó modell (MM) tipológia	91
6.3.1 Immun-hangsúlyos MM.....	92
6.3.2 Táplálkozás-hangsúlyos MM	98
6.3.3 Ökológia-hangsúlyos MM.....	105
6.3.4 Pszichoszociális-hangsúlyos MM	111
6.3.5 Vitalista-hangsúlyos MM.....	121
6.4 Egyéb etiológiák	134
6.4.1 Genetikai etiológia	135
6.4.2 HKO-specifikus etiológia.....	136
6.5 Az összes magyarázó modellre jellemző jelenségek	137
6.5.1 Episztemológia és információszűrés	137
6.5.2 Három jelentős diszpozíció: természetes, holisztikus, ősi	139
6.5.3 A tudományhoz való viszony és a bizonyíték.....	140
6.5.4 Big Pharma – Kicsi KAM	141
7. Diskusszió.....	143

7.1 A magyarázó modellek szintje.....	143
7.1.1 KAM-használati alapmotivációk.....	144
7.1.2 Az immun-hangsúlyos magyarázó modell.....	144
7.1.3 A táplálkozás-hangsúlyos magyarázó modell.....	145
7.1.4 Az ökológia-hangsúlyos magyarázó modell.....	146
7.1.5 A pszichoszociális-hangsúlyos magyarázó modell.....	147
7.1.6 A vitalista-hangsúlyos magyarázó modell.....	148
7.1.7 A magyarázó modellekről.....	149
7.2 Klinikai szint.....	150
7.2.1 Információszerzés és tájékozódás.....	150
7.2.2 Segítségkeresés.....	152
7.2.3 A KAM-használat módja.....	153
7.2.4 A „bizonyíték” és a tudományhoz fűződő viszony.....	154
7.2.5 Az orvos-beteg kapcsolat és a konzultáció.....	156
7.2.6 „Orvostájékoztatás”.....	159
7.3 Szubkulturális szint.....	161
7.3.1 Társas támogatás és „social hub”.....	161
7.3.2 Beavatás-élmény.....	162
7.3.3 Enkultúráció és a „szimbiotikus gyógy mód” hipotézis.....	163
7.4 Társadalmi szint.....	164
7.4.1 A KAM kommodifikációja.....	164
7.4.2 Big Pharma, Small Herba.....	168
7.4.3 Társadalmi mozgalmak és kulturális diszpozíciók.....	168
7.5 Globális szint.....	180
7.5.1 Az antropocén, a hanyatlás és az „aranykor”.....	180
7.5.2 Modernkori egészségfélétség.....	182
7.5.3 A „természetes” és a „méregtelenítés”.....	183
7.5.4 A posztigazság korszaka.....	186
7.5.5 Világkép piac és “kulturális kreolizáció”.....	188
7.5.6 Az életmód politizálása.....	190
7.5.7 Változó egészségkép, orvoskép és betegszerep.....	192
7.6 A diszkusszió összegzése.....	194
7.7 A kutatás korlátjai.....	194
8. Következtetések.....	196

8.1 A bizalomépítés egyes tényezői.....	196
8.2 A bizalomvesztés lehetséges következményei.....	199
8.3 A jövő kihívásai	201
9. Összefoglalás	202
10. Summary.....	205
11. Mellékletek	207
12. Táblázatok és ábrák jegyzéke	219
13. Irodalomjegyzék	220
14. Saját publikációk jegyzéke	239
15. Köszönetnyilvánítás.....	242

Rövidítések jegyzéke

BM: Behavioral Model

CSM: Common-Sense Model of Self-Regulation (Önszabályozási modell)

DIY: Do it yourself („csináld magad”)

EM: Explanatory Model kódfa

HBM: Health Belief Model (Egészséghit Modell)

HKO: Hagyományos kínai orvoslás

HLOC: Health Locus of Control

IBD: Gyulladásos bélbetegségek

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

KAM: Komplementer és alternatív medicina

MM: Magyarázó modell

MOTESZ: Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége

NCCIH: National Center for Complementary and Integrative Health

NIH: National Institutes of Health (Nemzeti Egészségügyi Intézetek)

OTC: Over the Counter (nem vényköteles)

PJ: Patient Journey kódfa

SDM: Shared Decision Making (közös döntéshozatal)

SDT: Self-Determination Theory (Öndeterminációs Elmélet)

SE-ETK: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

TN: Terepnapló

ÚGM: Új Germán Medicina (NGM)

WHO: World Health Organization

1. Bevezetés

1.1 A kutatás

1.1.1 A kutatás témája

A kutatás az ún. nem-konvencionális gyógymódokat, azaz a komplementer és alternatív medicina (KAM) modalitásait alkalmazó betegek terápiaválasztását befolyásoló szociokulturális tényezőket vizsgálja. Tágabb kontextusban a kutatás arra irányul, hogy a beteg miként kerül kapcsolatba az egészségügyi kérdésekre vonatkozó információval és hogyan értelmezi azt, valamint interpretációját miként fordítja cselekvésbe.

1.1.2 A téma klinikai relevanciája

A KAM-mot alkalmazó magyarországi betegek jelentős hányada a nyugati terápiát helyettesítő kezelésként veszi igénybe a KAM termékeket és szolgáltatásokat, mely sok esetben bizalomvesztésről és kommunikációs problémákról árulkodhat (1). A téma az egészségügy számos szférájában érezhető társadalmi feszültségként jelentkezik, ezeket jeleníti meg, és ezen feszültségek okainak feltárása segítséget nyújthat a kommunikációs problémák feloldásában. A nem-konvencionális medicina kizárólagos használata – azaz a nyugati orvoslás elutasítása – sokszor súlyos betegségek kapcsán is előfordul, a beteg életét veszélyeztetvén. Elterjedt jelenség az is, hogy a beteg terápiaválasztásával kapcsolatos döntéseiről kezelőorvosát nem tájékoztatja, mely szimultán alkalmazott gyógymódoznál destruktív terápiás interakciókhoz vezethet (2, 3). Számos nemzetközi publikáció felhívja a figyelmet a KAM-használattal kapcsolatos orvos-beteg kommunikáció fontosságára és sürgeti az e témáról való nyílt, ítéletmentes diskurzus biztosítását, mely a beteg érdekeit és biztonságát szolgálja (4–7). Jelen kutatás ehhez kíván hozzájárulni a laikus döntéshozatali folyamatok és a KAM-használat feltérképezése révén.

1.1.3 A Hagyományos Kínai Orvoslás (HKO) és transzferabilitása

A kutatási téma szociokulturális aspektusai Magyarországon feltérképezetlenek, ahogy a KAM-használat önmagában is kevésbé kutatott. Ennek feltérképezéséhez exploratív jellegű kutatásra és kvalitatív módszerek alkalmazására van szükség. Mint kvalitatív módszer, az antropológiai terepmunka bizonyult a legmegfelelőbbnek, melyhez egy, a

KAM-használat témáját képviselő közösség kijelölése alapvető volt. Hazai reprezentatív adatok hiányában a 2007 júniusáig kiadott ÁNTSZ engedélyek száma alapján a Hagyományos Kínai Orvoslás (HKO) a legnépszerűbb KAM modalitás Magyarországon (8), így erre esett a választás.

Második indokként a HKO, mint orvosi diplomához kötött tevékenység megítélése, ma Magyarországon talán a legkevésbé polarizáló KAM modalitás, hatékonyságát a Magyar Tudományos Akadémia (MTA) is elismeri (9), orvosegyetemeink egyikén HKO továbbképzés folyik és egy másik egyetemen kihelyezett kínai képzés (1.2.3 pont). Mindemellett a HKO-nak aktuálpolitikai fontossága is van. A kutatás megkezdésekor törvénymódosítási javaslat előterjesztésre és elfogadásra került, mely jelenleg fontos mutatója a politikai-gazdasági érdekek KAM-ra való hatásának (1.2.5 pont).

A kutatás elkezdése után derült ki, hogy a HKO-nak magas a transzferabilitása a KAM többi modalitására nézve, ugyanis a kutatásba bevont betegek többsége nem pusztán HKO-val kezeltette magát, hanem egyszerre több KAM modalitást is igénybe vett, ezt a tendenciát más kutatások is alátámasztják (10, 11). Hangsúlyozandó, hogy a KAM egy ernyőfogalom, mely sok, akár jelentősen eltérő modalitást, kezelést, gyógyászati elképzelést is magába foglal, így bizonyos szemszögből nem tekinthető egységes „világnak”. Ugyanakkor, más nézőpontból homogén csoportként jelenik meg, például a biomedicinához képest a „minden egyéb” vagy ahogyan a törvény is – mielőtt két csoportra osztja őket – egységesen kezeli a KAM-mot. Ebből a szemszögből nézve, a HKO transzferabilitása vélhetően magas a magyarországi, főként nagyvárosi KAM-használat tekintetében és megbízható információval szolgál a betegnek a terápiaválasztásban tanúsított vélekedési és viselkedési tendenciáihoz.

1.2 A Komplementer és Alternatív Medicina (KAM)

1.2.1 KAM definíciók és tipológiák

A komplementer és alternatív medicinának számos definíciója van, a legelterjedtebb a „nem konvencionális gyógymódok” (12). Az 1997. évi CLIV., egészségügyről szóló törvény 104.§(2) szerint „A nem konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak.” A kifejezések a KAM modalitások hierarchiáját is takarhatják, ugyanis gyakran az

egészségügyben dolgozók körében a „komplementer medicina” kifejezés azonosul az „elfogadható, megtűrt”, vagy „esetenként jól alkalmazható” eljárásokkal, míg az „alternatív medicina” gyakran azonos az „elfogadhatatlan, nem javasolt”, a biomedicinával nem összeilleszthető gyógyítási eljárásokkal, sőt, a „kuruzslással” (13). A témával foglalkozó szakirodalomban egy másik definíció jelenik meg: a „komplementer” a nyugati gyógymód mellett alkalmazott kiegészítő kezelést, míg az „alternatív” a nyugati terápiát helyettesítő kezelést jelenti. A korábban használatos „természetgyógyászattal” szemben, a KAM kifejezést alkalmazó meghatározások mindegyike valamely kulturális kontextust és viszonyrendszert tár elénk: egészségügyi rendszerünk plurális, ahol a szereplők között interakció, gyakran versengés áll fenn. A professzionális szektort (14) képező nyugati medicina a „konvencionális”, megkérdőjelezhetetlenül domináns társadalmi és kulturális pozícióban van, míg a „többi” medicina kiegészítheti vagy helyettesítheti azt és megmérettetheti magát a gyógyítás arénájában.

A KAM világában vannak ún. „nagy gyógyító rendszerek”, melyek kultúrába ágyazott medicinák, mint például a hagyományos kínai orvoslás, a tibeti orvoslás vagy az ayurvédikus gyógyászat. Vannak olyan medicinák is, melyek nem köthetők egy bizonyos kultúrához (Új Germán Medicina, Reiki, fitoterápia stb.), illetve szűken vett kulturális rendszertől független eljárások (neuráalterápia, balneológia stb.) vagy termékek (gyógyteák, mágneság, energiaspirál stb.).

Az MTA Orvosi Tudományok Osztályának állásfoglalása szerint a KAM azokat a gyógyító és diagnosztikus eljárásokat foglalja össze, melyek nem részei a nyugati orvostudománynak (9). Három csoportba sorolja őket: 1) Professzionálisan szervezett alternatív terápiák (pl.: akupunktúra, homeopátia, kiropraktika), 2) Kiegészítő terápiák, melyek célja az orvostudomány módszereinek kiegészítése, és amelyek nem tartalmaznak diagnosztikus eljárásokat (pl.: jóga, Bach-virágterápia, táplálkozástán) és 3) Megalapozott, hagyományos egészségügyi rendszerek (hagyományos kínai orvoslás, tibeti gyógyászat, antropozófikus medicina). E hármas, az angol Lordok Házának (15) leírására hagyatkozó tipológia számos ponton vitatható, például a kiegészítő, diagnosztika nélküli terápiákhoz sorolja a „lelki segítségnyújtás, stresszmenedzsment” homályos kategóriáját. Továbbmenően megkérdőjelezhető az is, hogy a „meditáció” minden esetben gyógyító eljárás-e, illetve a szintén idesorolt reflexológia, ami bizonyos

szempontból rendelkezik diagnosztikával, amennyiben az egyensúlyzavarok és gyengén működő szervek, rendszerek megnevezését diagnózisnak vesszük. A harmadik, „megalapozott, hagyományos” rendszerek kategóriája szintén felvet kérdéseket arra nézve, hogy valamely terápia kapcsán a kultúrába való beágyazottság mikortól érvényes kijelentés, és mennyi idő kell ahhoz, hogy „hagyományosnak” legyen minősíthető? Vitatható az ide sorolt „radiesztézia” „egészségügyi rendszer” mivolta, tekintve, hogy ez csupán egy diagnosztikus eszköz. Ugyanez igaz az „írishidrosztikára”, hiszen a neve is jelzi, hogy diagnosztikus eljárás. A minősítés szerint a kristályterápia is „megalapozott” módszer, mellyel feltehetően nem mindenki ért egyet. Homályos kategória a „természetes gyógymódok” is, melybe gyakorlatilag minden KAM modalitás besorolható, függően attól, hogy a „természetest” miként definiáljuk (7.1.3 és 7.5.3 pont). E kérdések felvetése illusztrálni kívánja a definíciók és tipológiák felállításának kihívásait.

A KAM szakirodalomban leginkább alkalmazott tipológia is problematikus. A tipológia a US National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) szervezettől származik, a modalitásokat három csoportra osztja: 1) „Natural Products”: vitaminok, gyógynövények, étrendkiegészítők stb., 2) „Mind and Body Practices”: akupunktúra, tai chi, kiropraktika, masszázs, jóga stb., és 3) „Other complementary health approaches”: ayurvédikus gyógyászat, hagyományos kínai gyógyászat, homeopátia stb. A NCCIH ambivalensen viszonyul a házi praktikák témaköréhez – néha a „természetes termékekhez” sorolandó néha nem –, és a gyógyászati célból használt „imához” – olykor KAM-nak, olykor vallási tevékenységnek tekintik. Korábban az NCCIH egy jóval problematikusabb ötkategóriás rendszert használt, viszont a váltás a kettő + egy „egyéb” tipológiára számos, eddigi kutatási módszertan és eredmény újraértékelését vonta maga után.

A KAM eltérő meghatározásai és leírásai más homályos területekre, variabilitásra mutatnak rá, például a KAM nem része az adott társadalomban domináns egészségügyi rendszernek vagy az egészségbiztosítók nem finanszírozzák az igénybevételét (16), azonban ez nem minden országra igaz – van, ahol a társadalombiztosításba integrált, ugyanakkor KAM modalitásnak tekintik. „Orvosi kvalifikáció nélkül is gyakorolható” (17) ez ismét csak törvényi szabályozás kérdése, ahogyan a magyar törvénytől is látható (1.2.3 pont). „Általában nem elérhető a kórházi

ellátásban” (17, 18), ez Észak-Amerikára már nem igaz, hiszen a kórházak nagy százalékában elérhető szolgáltatása a KAM több formája. Tehát, a KAM megragadása, körül határolása problematikus feladat, nem pusztán azért, mert a biomedicina számára kihívás megfogalmazni azt, hogy mitől „más” (azaz nem konvencionális) egy medicina/kezelés, hanem mert a konvenció országról országra változhat, sőt, idő és kontextus függvénye, hogy mi az elfogadott, konvencionális. A Magyarországon jelenleg felvázolt tudományosság- és hatékonyság-alapú tipológiát az MTA állásfoglalása (9) tartalmazza, a tudományosság kritériumrendszerére pedig többek között Pikó (19) és Bánfalvi (20) szociokulturális és filozófiai megközelítésből reflektál.

A Cochrane Collaboration széles látókörű definíciója szerint a KAM a gyógyító erőforrások széles tartománya, amely magában foglalja az összes egészségügyi rendszert, módszert és gyakorlatot, valamint az azokat kísérő elméleteket és hiedelmeket, kivéve azokat, amelyek az adott társadalom vagy kultúra politikailag domináns egészségügyi rendszereire jellemzők egy adott történelmi időszakban (21). Ez nem pusztán arra hívja fel a figyelmet, hogy egy-egy KAM modalitás kultúrába ágyazott (saját orvosi rendszerrel rendelkező) jelenség, hanem arra is, hogy a KAM meghatározásában alapvető kérdés az, hogy milyen medicina domináns egy adott országban.

1.2.2 A KAM prevalenciája

A legtöbb KAM-használatot mérő kvantitatív vizsgálat növekvő népszerűséget mutat (11, 12, 18, 22–24). Az Egyesült Államokban a National Health Statistics Report szerint 2007-ben 10 felnőttből 4 használt valamilyen KAM-mot a megelőző 12 hónapban (5), ugyanez a reprezentatív felmérés 2012-re 42%-ra emelkedett (25). A WHO felmérése szerint 2000-ben Amerika 65%-a használt KAM szolgáltatást vagy terméket (26), de akár 76%-os (4) és 83%-os (27) lakossági használati arányról is találunk adatokat. Egy 2012-es európai KAM-használatot vizsgáló review cikk szerint akár 86% lehet azok száma, akik a KAM-hoz fordulnak (28). Bár hazánkban az utóbbi évtizedekre vonatkozóan nem rendelkezünk reprezentatív lakossági adatokkal, az 1990-es évek felmérései növekvő KAM-használati trendekről adnak számot: 1991-ben 6,6%-os e terápiák használata, míg 1999-ben már 23,9% (8).

A KAM-használat prevalenciáját országon belül és nemzetközi szempontból is rendkívül nehéz pontosan mérni (26) számos ok miatt, a teljesség igénye nélkül a következők torzíthatják az eredményeket: 1) az egészségügyi rendszerek különbsége, 2) a KAM definíciója, 3) a KAM kategorizációja, 4) egyéb módszertani megfontolások. Ezek alább kifejtésre kerülnek röviden.

Nemzetközi kutatásokban főként, de akár csak az eredmények összehasonlításában jelentős szempont a vizsgált ország egészségügyi rendszere. Például Ghánában a rákos betegek 73,5%-a vesz igénybe KAM-kezelést, mivel Afrikában a lakosság 70%-a nem tudja megfizetni a nyugati kezelést, és sokszor már túl későn diagnosztizálják a daganatos megbetegedést ahhoz, hogy egyáltalán szóba kerüljön a nyugati gyógymód (29). Az USA-ban pedig szignifikáns tényező, hogy a válaszadó rendelkezik-e egészségbiztosítással (és ha igen, milyennel), ugyanis biztosítás hiányában panaszával olcsóbb és gyorsabb lehet alternatív gyógyítóhoz menni, mint konvencionális orvoshoz. Németországban a társadalombiztosítás fedezi például az akupunktúra igénybevételét, mely jelentősen hozzájárul a KAM-használattal kapcsolatos, más országokhoz viszonyított eredményeihez. A KAM-használat elterjedésének megítélésében jelentős tényező, hogy a KAM szolgáltatáshoz és/vagy termékhez a beteg hozzáfér-e, és ha igen, mennyiért, mely természetesen a beteg fizetőképességének is függvénye.

A fentebb kifejtésre került definíciós nehézségekből adódóan, egyes KAM modalitások és az „öngondoskodás” (self-care) között is nehéz különbséget tenni, hiszen sokan tüneteiket önmaguk „diagnosztizálják” (self-diagnosis) és kezelik (self-treatment), éppen ezért sokszor a KAM-használat nem is diagnosztizált betegség kapcsán történik (30). Akár a leghétköznapibb példában, a házi praktikák tekintetében is felmerül, hogy az öndiagnosztizált megfázásra alkalmazott kamillatea, méz és gyógynövényes inhalálás KAM-használatnak minősítendő-e. Továbbmenően, a KAM definiálása nem csak a témával foglalkozó kutatók számára okoz nehézséget, hanem kérdőíves kutatások válaszadóinak is, ezért pontatlan választ adhatnak. Szintén lényeges kérdés, hogy a már korábban említett ima KAM-nak minősül-e, és rendszeres alkalmazása KAM-használatot takar-e.

A legtöbb KAM kutató nem veszi figyelembe, hogy hangsúlyos a szakrális gyógyítás jelenléte is, mely évtizedek óta erősödő tendencia. Például a kereszténység

leggyorsabban növekvő, erőteljesen gyógyítás-központú pünkösdi-karizmatikus mozgalomhoz 2011-ben világszerte körülbelül 585 millió ember tartozott és sokan úgy tartják, lélekszáma hamarosan nagyobb lesz a katolicizmusénál és ez lesz a globális kereszténység 21. századi domináns formája (31–34). Az új vallási mozgalmakból származó adatok bevonása, illetve azok figyelmen kívül hagyása erőteljesen befolyásolja a kapott KAM-használati eredményeket.

Nem pusztán a KAM definíciója, de annak kategorizációja is befolyásolja a study eredményeit. Az NCCIH tanulmányok és a National Health Statistics Report-ok legtöbbször különbséget tesznek az öngyógyítás/termékek és diéták, illetve egy KAM specialista igénybevétele között, jóllehet a legtöbb nemzetközi kutatás nem. Fragmentált KAM-használati képet adnak a tömkelegével készült kutatások, ahol is csak bizonyos KAM modalitásokat csak bizonyos közösségekben vizsgálnak (pl.: adott kórház vagy adott betegség típus), így például: 212 megkérdezett rákbeteg 34%-a vett igénybe KAM-mot (35), de a kutatók csak a biológiai alapú KAM-mot („természetes anyagokból” készült termékek) vizsgálták az adott közösségben (1. fázisú rákbeteg), ekképpen az eredmények transzferabilitása erősen korlátozott.

Számos KAM kutatás betegség-specifikus csoportokat vizsgál, melyek nem feltétlenül összehasonlíthatók más betegség típusokkal vagy általános KAM-használati eredményekkel. Például daganatos betegek körében végzett kutatásokban a KAM-használat igénybevétele mindig magas, de az eredményeket a betegség prognózisa és az alkalmazható nyugati terápia elérhetősége szintén befolyásolja. Más esetben adott betegség típuson belüli altípust vizsgálnak, Svédországban 53% volt a KAM-használat (36), de a vizsgálat csak a tüdőrákos betegekre terjedt ki. Végül, előfordul, hogy a kutatásokban eltérő betegségtipológiát alkalmaznak, például krónikus vs. akut. Új keletű betegség-specifikus vizsgálatok itthon is vannak, mint Lakatos és mtsai gyulladással járó bélbetegek (37), illetve Soós és mtsai sebészeti betegek (38) körében végzett vizsgálatait. Nemzetközi kutatások jelzik, hogy a KAM-használat az emlődaganattal küzdő nőbetegek között a legmagasabb (27, 39), ugyanakkor jelentős szempont, hogy a betegség milyen stádiumban van, illetve mennyi idő telt el a diagnosztizálás és a kutatás lebonyolítása között. Ha az adott tanulmány diagnosztizált betegségeket és panaszokat is vizsgál, például hát- és gerincfájdalmat, az igénybevételi indokok élére ezek fognak kerülni (5). Szintén meghatározó kérdés, hogy a betegek

leginkább melyik KAM modalitást milyen jellegű egészségügyi problémára alkalmazzák.

Végül az eredmények fragmentálódásához egyéb módszertani megfontolások (4) is hozzájárulnak, úgy mint a kutatás helyszíne (pl.: Malajziában HIV/AIDS betegek körében 78,2% volt a KAM-igénybevétel (40), de a minta mindössze egy adott kórházat látogatókra korlátozódott). Az eredmények nem csak kevésbé transzferábilisak, de torzíthatja az is, ha a kérdőívezés kórházban történik és a válaszadást a vélt elvárások befolyásolják. Továbbá, jelentősége van annak is, hogy a vizsgálat fővárosban vagy vidéken történik-e – Buda Baranya megyében végzett, 2357 főt bevonó vizsgálata 30%-os KAM igénybevételt mutatott (41), de az elérhető KAM specialisták köre, az információhoz való hozzáférés, valamint a KAM iránti motiváció feltehetően más, mint Budapesten. Befolyásolják az eredményeket és korlátozhatják az összehasonlíthatóságot egyéb módszertani megfontolások is, mint például a megkeresés módja (telefon, email stb.), a lekérdezés módja (kérdő biztos, önkitöltős stb.), a kérdezés kontextusa (hol történik, a kérdező milyen affiliációval rendelkezik stb.) és a KAM-használat mért időtartama (fél év, egy év stb.). Sőt, készültek olyan kutatások is, ahol feltételezett KAM-használatot mértek, például a „would you ever consider using...” kérdéssel (26). Nem utolsósorban rendkívüli jelentőségű, de számos tanulmány által figyelmen kívül hagyott mérési szempont, hogy a beteg komplementer (kiegészítő) vagy alternatív (helyettesítő) kezelésként veszi-e igénybe a KAM modalitásokat.

Így az egészségügyi rendszerek, biztosítási különbségek, definíciós és kategorizációs kérdések, valamint egyéb módszertani tényezők áttekintése után mérlegre kell tenni, hogy a KAM-használatról szóló eddigi és jövőbeni eredmények, mennyire ténylegesek és nemzetközi vonatkozásban mennyire összehasonlíthatók. A prevalenciát az a megfontolás szintén befolyásolja, hogy „növekvő KAM-használati trendek” milyen időkeretben értelmezendők, azaz mikortól kezdődik a növekedés. Más szóval, a KAM modalitások mikor voltak „kevésbé népszerűek” és az akkori adatok mennyire megbízhatóak? A térbeli keret meghatározása is fontos, ugyanis vannak régiók, ahol a KAM a társadalom domináns orvosi rendszere: az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2005-ös adatai szerint világszerte 4 milliárd ember, azaz a populáció 80%-a, a hagyományos, népi gyógymódokat használja az egészségügyi ellátás elsődleges formájaként (42).

1.2.3 Jogi szabályozás és oktatás

A KAM törvényi szabályozása nem egységes, az Európai Unió tagállamai egymástól markánsan eltérő jogszabályi háttérrel rendelkeznek, erről teljes áttekintést Eardley és mtsai, Hegyi és mtsai és Varga ad (8, 28, 43, 44). A magyar egészségügyi törvény (11/1997. (V. 28.) NM rendelet) a KAM-mot két csoportra bontja: orvosi diplomához kötött tevékenységekre (pl. HKO, homeopátia, neuráalterápia) és orvosi diploma nélkül végezhető tevékenységekre (pl. akupresszúra, energiagyógyászat, fitoterápia). Jelentős, hogy a magyar törvény keretében diagnózist és terápiás javaslatot hazánkban kizárólag orvosi diplomával rendelkező szakember állíthat fel (19), természetgyógyász/KAM specialista „állapotfelmérést” és „egészségmegőrzést” végez. Jelenleg az akupunktúrák kezeléseinek egy része elszámolható egészségpénztári költségként.

Azzal, hogy a magyar törvényi szabályozás két csoportra bontja a KAM modalitásokat nem pusztán jogi és képzési különbséget tesz a gyógyászati eljárások, medicina között, hanem egyfajta hierarchiát is felállít: vannak KAM-mok, melyek „komolyabbnak”, „hatékonyabbnak”, „tudományosabbnak” tűnnek, mert csak orvos végezheti és látszólagosan több támogatást kapnak mind az államtól, mind a konvencionális medicinától. Ez a különbségtétel egy KAM modalitásnak nem pusztán elfogadottságát és presztízsét növelheti, hanem hozzáférhetőségét is (többen praktizálnak magasabb társadalmi státusszal), így több kliens fogja igénybe venni.

Az Unióban nem csupán a törvényi háttér eltérő, hanem az oktatási, képzési feltételek is, melyek hatással vannak a kompetenciakörök körül határolására. Jó példa a jogszabályok, oktatás és kompetenciakörök jelenségére a magyar akupunktőrök közelmúltbéli helyzete. Magyar állampolgár háromfajta Hagyományos Kínai Orvoslás képzés közül választhat: 1) a Pécsi Tudományegyetem keretében, a budapesti Yamamoto Intézetben zajló, kevesebb, mint 300 órás továbbképzés konvencionális orvosok számára, 2) a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán zajló, a Heilongjiang Kínai Orvostudományi Egyetem kihelyezett ötéves képzése, valamint 3) ugyanez a képzés Kínában, amiben a hagyományos kínai és biomedikális modulok kb. 50%-50% arányban szerepelnek és csak a HKO ismeretek körülbelül 2500 órás nappali képzést tesznek ki. Annak ellenére, hogy a kínai képzés jóval alaposabb oktatást nyújt, a

közelmúltig a magyar jogszabályozás értelmében kínai rendszerben képzett orvos nem praktizálhatott Magyarországon (45). Az oktatás és kompetenciakörök témájáról lásd Oravec disszertációját (46).

1.2.4 A KAM történeti szempontból

A KAM nemzetközi vagy akár csak magyar történetének ismertetése meghaladja a kutatás céljait és e disszertáció korlátait, ugyanis ezek sajátosságai kultúránként változó és diffúz, nem lehet egységesen kezelni. A kutatás azonban igyekszik elkerülni a mai szakirodalomban gyakori implicit feltételezést, miszerint a biomedicina előtt nem volt orvoslás, illetve, hogy a ma „alternatív medicináknak” nevezett eljárások új, a modern korban feltalált és elterjedt modalitások. Vannak újak, melyek a New Age miliójében keletkeztek és vannak régiek is, melyek egykoron csakis egy kultúra hagyományos gyógymódjaként funkcionáltak, de mára eljutottak a világ más szegleteibe. Íme egy vázlatos történeti leírás, különös tekintettel Magyarországra.

Emberi univerzálé a betegségek gyógyítása, mely ugyanolyan fontossággal bír, mint a táplálékszerzés, a reprodukció és az önszerveződés. A törzsi társadalmak gyógyítói egyben szellemi/lelki vezetők is voltak. A Kárpát-medencébe érkező sokistenhívó törzsek főistene az „égi isten” volt, papjai, a sámánok, azaz táltosok, akik a betegségeket is gyógyították (47). Tehát politika és vallás összefonódott a kuratív tevékenységgel. Egészen az 1700-as évek végéig, a mai értelemben vett orvostudomány kialakulásáig, csak a „népi” orvoslás volt elérhető Magyarországon, mely szájhagyomány útján terjedt, öröklődött és része volt a hiedelemvilágnak (48). A kereszténység felvétele után a 12.-14. században a szerzetesek, ún. „barát gyógyítók” vették át ezt a szerepet (pl.: Bencés rend) (49), és betöltötték egészen a Felvilágosodásig (50). Többek között Sydenham és Pasteur felfedezéseihez kapcsolódik a modern orvoslás kezdete, míg a filozófia és fizika terén Descartes, Newton és Kant előfutárjai, megalapozói voltak az ún. modernitásnak. A „materiális” és „nem materiális” szétválasztásával az ember biológiai aspektusa az egyház uralma és a metafizikai képzetek alól felszabadult, így a kutatás és a gyógyítás fókuszába kerülhetett (51). Kialakult a test és a „lélek” dichotómiája, mely főként az 1600-as évek elején-közepén tevékenykedő Descartes-nek tulajdonítható, aki szerint a világot, és így a testet, csakis az „érzelem és spiritualitás” leválasztásával lehet ténylegesen megérteni (50). A

specifikus etiológia és a kórokozó-elmélet paradigmája formálta a biomedicina gondolkodását, mely többek között azzal a változással járt, hogy a betegségek immár nem személyenként eltérő jelenségek voltak, a kauzalitás és kialakuló nozológia univerzálisan érvényes volt, földrajzi és szociokulturális megfontolás nélkül, ahogyan maga az intervenció is (50, 51).

„Történeti ívét tekintve tehát, a tudományos medicina egyfajta szekuláris inváziót jelentett olyan területekre, amelyeket eredetileg nagyrészt transzcendens fogalmakkal értelmeztek” (52). A fertőző betegségek terén aratott sikere miatt a 20. század elejére a biomedicina domináns gyógyítási formává vált Európában és az Egyesült Államokban, 1830-ra már szinte minden amerikai államban volt orvostársaság. A biomedikális paradigma még inkább stabilizálódott a nyugati orvoslás intézményesülésének további fázisaiban, mellyel egyidejűleg a nem biomedikális gyógyítási formák háttérbe szorultak (50). Az intézményesülés folyamata és időzítése országonként más ívet követett, érdekesség, hogy a pesti orvosegyetemen 1871-től 1906-ig még működött homeopátiás tanszék (53, 54), de 1949 után már minden természetgyógyászati tevékenységet betiltottak (53). Az 1980-as évek végére a biokémiai orvoslás tágítani kezdte értelmezési keretét – például a pszichoszomatika területére – megtúrta az akupunktúrát és néhány újabb terméket, mint a Béres Cseppet.

Az 1960-as évekbeli amerikai ellenkultúrából eredő New Age mozgalom képzetek és gyakorlatok konstellációját indította világnak: keleti filozófiák, okkultizmus, neo-sámánizmus, hermetika, expresszív individualizmus stb. (55). Ezek az új társadalmi szerveződések szintetizálták a vallást, a tudományt, a keleti tanokat, a pszichológiai elképzeléseket a „személyes fejlődés” elérése érdekében, így a (természet)gyógyászati elképzelések összefonódtak az ezotériával is (44) – például a meditáció, a vizualizáció, a pszichés gyógyítás ekkor kezdtek elterjedni.

A New Age Magyarországon a rendszerváltás után vált jogilag lehetővé, érzékelhetővé, ekkor indult burjánzásnak számos új vallási mozgalom és gyógyítási modalitás, többek között a neo-sámánizmus és a „spirituális gyógyítás” (55, 56). A szabad utazási lehetőségeket kihasználva sokan külföldön végeztek természetgyógyászati tanfolyamokat és hazautaztak a megszerzett tapasztalatokkal, mely tovább színesítette a szociokulturális miliőt. Egyre több egészség klub és egyesület alakult, különböző elgondolások mentén, melyekben laikusok és orvosok

egyaránt tevékenykedtek. Az 1990-es évek elején megalakult a Természetgyógyászok Országos Kamarája, egyes források szerint ekkoriban 20% körül mozgott a KAM-használat (56). Az 1990-es évek elején az Egészségügyi Tudományos Tanács állást foglalt a természetgyógyászatról, melyben a WHO irányelvekre utalva azt jelentette ki, hogy az alternatív (tradicionális) gyógyászatnak, mint kiegészítő tevékenység, létjogosultsága van a tudományosan megalapozott medicina mellett (53). Magyarországon 1997-ben pedig megszületett a ma is érvényben lévő egészségügyi törvény, mely nem pusztán jogi aktus volt, hanem a KAM modalitások hivatalos feljegyzése, valamint tipológiába és hierarchiába helyezése.

Az 1990-es évek elejétől folyamatosan alakulnak és oszlanak fel állami szintű orvos-természetgyógyászokat magába foglaló tanácsadói testületek, melyek a KAM csoportosításával, minősítésével, oktatásával kapcsolatos ügyek tisztázására hivatottak. Az 1999-ben feloszlott, majd 2003-ban újrászerveződött Természetgyógyász Miniszteri Tanácsadó Testület egy jó példa erre. Részletesebb történeti és jogszabályi leírásért lásd Varga (8) és Buda (52) disszertációját.

1.2.5 A KAM és a HKO jelenlegi helyzete Magyarországon

Új keletű és megbízható adatokkal nem rendelkezünk sem a KAM-használatról, sem arról, hogy hány orvosi végzettségű és nem orvosi végzettségű specialista praktizál jelenleg Magyarországon. Szakmai fórumok tekintetében a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) hat KAM-mal foglalkozó tagegyesülettel rendelkezik. Ezekben szerepel a Hagyományos Kínai Orvoslás Magyarországi Egyesülete és a Magyar Akupunktúrás Orvosok Társasága, mely utóbbi 1987-ben alakult és rövidesen a szakmai világszövetség, az International Council for Medical Acupuncture and Related Techniques tagja lett. A MOTESZ még tartalmaz a balneológia, a fitoterápia, a homeopátia, és a manuálterápia területén működő tagegyesületeket is. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara rendelkezik Természetgyógyászati Szakmai Tagozattal. 1999 és 2005 között a Fővárosi Szent István Kórház akupunktúrás osztályt üzemeltetett, HKO orvosokkal, gyógytornászokkal, fizioterápiás nővérekkel és masszőrökkel.

Recens kutatásokat tekintve Magyarország is részt vett a 2010-ben induló CAMbrella Uniós projektben, mely a KAM-használattal, oktatással és jogi

szabályozással kapcsolatos szakirodalom szisztematikus áttekintését tűzte ki céljául. A magyar szakirodalomban egyre több kvantitatív kutatás jelenik meg, melyek a KAM-mal kapcsolatos betegségspecifikus csoportokban előforduló laikus érdeklődést (63,6%) (38) és igénybevételt (26,8% és 31,7%) (37, 38) a gyakori modalitások tekintetében elemzik: hagyományos kínai orvoslás (8,9%), alternatív mozgás- és masszázsterápia (7,5%), homeopátia (7,3%) (38), valamint egy másik kutatás szerint a gyógytea (47,3%), a homeopátia (14,6%), a speciális diéta (12,2%) és az akupunktúra (5,8%) (37), melyek arányai – mivel betegségspecifikus mintában mérték – jócskán eltértek. Vizsgálták továbbá bizonyos orvoscsoportok és egészségügyi dolgozók (68,1% - 91,8%) (57, 58), valamint orvostan- és ápolóhallgatók (50% - 90%) (8, 52, 59) KAM-ra való nyitottságát és azzal kapcsolatos ismeretek elsajátítására való hajlandóságát is. Kevésbé prevalens, de jelentős kutatási téma, hogy a betegek KAM-használatukról milyen arányban tájékoztatják orvosukat, mely vélhetően alacsony érték az egész országban. Soós vizsgálatában például mindössze 12,9% volt (38). A téma fontossága ellenére, a terápiaválasztással vagy KAM-használattal kapcsolatos kvalitatív kutatás hazánkban nagyon korlátozott (60), csakúgy mint a gyakorló orvosok KAM-mal kapcsolatos attitűdjeinek feltárása is (13).

Jogi szempontból a KAM-mal kapcsolatos legjelentősebb közelmúltbéli történés, hogy 2014-ben törvénymódosításra került sor, a hagyományos kínai orvoslásban praktizáló kínai gyógyítók, illetve Kínában diplomát szerzett magyar gyógyítóknek lehetővé tették a Magyarországon való, orvosi diploma nélküli praktizálást. Már a törvénytervezet kapcsán társadalmi és szakmai vita alakult ki a kormány „Keleti nyitása” miatt, mely jelentheti “a kínai gyógyítók terápiájának orvosi tevékenységgé emelését” (61). A módosító javaslatot benyújtó képviselők egyike úgy nyilatkozott, hogy döntésüket befolyásolta a növekvő “lakossági igény az alternatív gyógymódokra” (62). Egy évvel később, 2015 októberében az Emberi Erőforrások Minisztériuma konferenciát rendezett a Művészetek Palotájában „Ősi tudás, új utakon: Megújuló Hagyományos Kínai Gyógyászat Magyarországon” címmel. Napirendre került egy regionális HKO központ létrehozása és a tudományosan elfogadott természetgyógyászati ágazatok egészségturizmusban, klinikai turizmusban és egészséggazdasági együttműködésekben potenciálisan betöltött szerepe.

A közéletben jelentős hatása volt egy, az Index és Závecz Research Piac- és Társadalomkutató Intézet által lebonyolított KAM-mal és konspirációs elméletekkel kapcsolatos attitűdmérésnek, melyből több cikk született meglehetősen éles hangvételű címekkel, mint „Magyarország nem hisz az orvostudománynak” (63). A reprezentatív mintán végzett attitűdmérés két leginkább idézett tétele és eredménye: „A nagy gyógyszergyárak ellehetetlenítenek olyan olcsó és természetes gyógymódokat, amik a profitjukat fenyegetik” (közel 70% „teljesen” vagy „inkább egyetért”), valamint „A betegségek nagy része lelki eredetű és így is kellene kezelni őket” (77% „teljesen” vagy „inkább egyetért”). Mindez nagy visszhangot keltett a médiában, mely jelzi a KAM témája iránti laikus érdeklődés mértékét.

Sokszor észlelhetők a köztudatban, médiában és a közösségi médiában versengő „celebektől” származó „tanúbizonyosságok” a KAM mellett vagy ellen, illetve szereplésük a KAM termékek reklámjaiban – ez nyilvánvaló hatással van az adott medicina „imázsára” és eladhatóságára. Ezek is szociokulturális faktorok a medicinák megítélésében, ily módon befolyásolják a közvéleményt és a terápiaválasztást (17).

1.2.6 A tipikus KAM-használó

A KAM-használat mérésében tapasztalt kihívások analóg módon megjelennek a KAM-használó meghatározásában is. Számos kutató állítja, hogy az átlag KAM-használó középkorú, jómódú, magas iskolázottságú, leginkább daganatos betegségben szenvedő fehér nő (4, 7, 26, 27, 40, 64, 65). A legtöbb kutatás iparosodott országokban történik, nyilvánvalóan a „fejlődő országokban” már nem lenne érvényes az előbb említett profil (26). Míg egyes szerzők felvetik, hogy a nyugati országokban az etnikai hovatartozásnak hangsúlyos szerepe van (18), a vizsgált mintába a kisebbségeket rendszeresen nem vonják be (27). Ugyanígy általában homogén vizsgálati mintákról beszélhetünk a többi relevánsnak mutató szociodemográfiai dimenzió kapcsán is: a KAM-szolgáltatás elérhetősége és láthatósága, a beteg lakhelye, fizetőképessége, vallása, szubkultúrája, életmódja, családi szocializációja, hivatása, szexuális orientációja és betegségének állapota (66, 67). Ugyanakkor más szerzők éppen amellet érvelnek, hogy a demográfiai mutatók nem befolyásolják a KAM-használatban fontos szerepet játszó egészségmagatartást (68), illetve hogy az egészség egyéni, pszichológiai és viselkedésbeli meghatározói fontosabbak a környezeti tényezőknél (69).

Egészségügyi rendszerünk felépítése miatt külön kutatási téma a KAM és a biomedikális magánszektor összehasonlító vizsgálata. Vajon a betegek milyen arányban fordulnak e két önköltségű szektorhoz és milyen motivációkkal? Továbbá, Stratton, Buda és Szántó felveti, hogy nagyvárosokban és vidéken más a KAM hozzáférése, eltérő a szociokulturális miliő, iskolázottsági szint stb., és emiatt más lehet az egyén terápiaválasztása mögött rejlő motiváció is. Eredményeik szerint a természetgyógyászat kapcsán a városban a fogyasztói magatartás (opciók mérlegelése, preferenciák), vidéken pedig a javasasszonnyal, füvesemberrel szembeni „csodavárás” a meghatározó (52, 53, 66). Mindemellett a vidék és város viszonylatában a biomedicinához való hozzáférés is eltérő.

Szántó a KAM-használók motivációit is figyelembe véve öt csoportba sorolja őket: 1) idős, iskolázatlan, falusias településről származó emberek, akik bizalmatlanok a biomedicina iránt, 2) középkorú, középosztálybeli, fizetőképes nők, akik komoly bajjal nyugati orvoshoz fordulnak (ez nem "betegviselkedés" hanem "egészségviselkedés"), 3) krónikus és terminális betegek, akik a reményt keresik a KAM terápiában, 4) páciensek, akik valamilyen okból csalódtak a hivatalos orvosi ellátásban vagy félnek a terápiák mellékhatásaitól és a fájdalmas beavatkozásoktól, és 5) a zöld mozgalmak tagjai, az alternatívok, a különböző politikai és társadalmi ellenkultúrák hívei, a minél teljesebb autonómiára törekvők (70). A differenciált tipológia lényeges eltérésekre hívja fel a figyelmet: a KAM-használók különböző csoportokra bonthatók motiváció, illetve egészségi állapot alapján, és ami implicit szerepel a felosztásban, az, hogy a különböző csoportoknak más és más a hozzáférése, nem csak a KAM-hoz, hanem a biomedicinához is. Ezen tényezők mindegyike komoly hatással van a KAM-használati tendenciákra.

1.3 A terápiaválasztás

1.3.1 A terápiaválasztás megközelítései

A kutatás alapfeltevése, hogy a beteg a terápiaválasztás során is kulturálisan determinált, racionális döntéseket hoz (67), igaz ennek, mint minden döntésnek, kevésbé tudatos, érzelmi és tudatalatti komponensei is vannak. A KAM népszerűségét magyarázó egyik legrégebbi és sokak által még mindig jelentősnek tartott teória a „piaci rés hipotézis”: a KAM a biomedicina által meghagyott „piaci réseket” tölti be, mint a gondoskodás, valamint a szenvedés jelentéssel való felruházása (29, 66, 71). A legtöbb

KAM-mal foglalkozó szakember viszont amellet érvel, hogy ennél komplexebb jelenségről van szó, és a terápiaválasztásban szerepet játszó szempontokat két csoportba sorolja: a biomedicinától eltávolító tényezők („push factors”), valamint a KAM felé vonzó tényezők („pull factors”) (36, 72–78). „Push faktoroknak” minősül, ha egy adott betegségre nincs vagy nem hatékony a biomedicina által javasolt gyógymód, illetve mellékhatásai annyira erősek, hogy a beteg ezek csökkentése érdekében komplementer terápiát vesz igénybe. E három push-tényező jól dokumentált a krónikus vagy visszatérő betegségek kapcsán, illetve pszichoszomatikus betegségekben szenvedők körében. Továbbmenően, gyakori az a jelenség is, hogy számtalan nyugati diagnosztikus eljárás ellenére a biomedicina nem tudja megállapítani, hogy a paciens milyen betegséggel küzd, vagy csak tüneti szinten kezelhető funkcionális zavart diagnosztizál. Egyes tanulmányok eleve a klinikai tényezőket helyezték előtérbe, így eredményeik szerint a KAM-használat főként a krónikus betegeknel (17, 28, 30, 64, 79, 80) és az intenzív mellékhatásokat tapasztaló betegeknel (10, 27, 66) gyakori.

A dichotómia másik pólusán a „pull faktorok” állnak, főként az ún. „filozófiai kongruencia” jelensége, vagyis amikor az egyén egy bizonyos KAM modalitás szociokulturális közegében felfedezni véli saját értékrendszerét. Ilyen kongruencia kialakulhat például akkor, ha valaki távol-keleti küzdősportokban vagy jógában érdekelt, és ezért jobban vonzódik a távol-keleti medicinákhoz, így az ayurvédikus orvoslást preferálja. Hangsúlyozandó, hogy itt nem egyetlen jól körüljárható értékhalmastról van szó, hanem különböző preferenciákról, melyek egyénenként nagyon is eltérhetnek. Gyakori, a KAM-hoz kapcsolt filozófiai kongruencia-elem a „holisztikus” vagy a „természetes” preferálása, keleti filozófiai elemek vagy a terápiás folyamatban preferált nagyobb mértékű kontroll és/vagy részvétel (81, 82).

Számos tanulmány különbséget tett a biomedicinával szemben érzett „elégedetlenség/kiábrándulás” és „értékek/hitek” tényezők között (a push-pull dichotómiához hasonlóan), és szerzőik kimutatták, hogy az elégedetlenség másodrangú az értékrendszer dimenzióihoz képest (30, 65, 80). Tehát számos mai kutató felveti, hogy 1) a vélekedési és viselkedési mintázatok a KAM-használat prediktorai (27, 83), valamint 2) a KAM-használatot sokkal inkább az egyén értékei és vélekedése, illetve a KAM-mal való filozófiai kongruencia idézi elő, nem a nyugati orvoslással szembeni elégedetlenség (4, 65, 82, 84, 85). Éppen emiatt számtalan olyan tanulmány született,

melyben a KAM-használatot pszichológiai tényezők függvényében vizsgálták és olyan jellemzőhöz társították, mint a „pozitív gondolkodás” (27) vagy az optimizmus (27, 86–88). Mások viszont cáfolták, hogy ezek bizonyossággal előjeleznék a KAM-használatot (89). Pszichológiai vizsgálódás az orvos-beteg kapcsolat, valamint a terápiás folyamatban való részvétel kapcsán is gyakori, de vegyes eredményekkel szolgál. Leggyakrabban, de nem egyértelmű módon, a KAM-használó több kontrollra és „empowerment”-re vágyik betegség kapcsán (10, 27, 90–92), az orvos-beteg kapcsolatban (27, 93–95) és nagyobb mértékű részvételre tart igényt a terápiás folyamatban (81). Az ún. egészség-kontrollhely mérések (Health Locus of Control, HLOC) változó eredményeket tárnak fel. Bár a legtöbb kutatás belső egészség-kontrollhelyet azonosít a KAM-használókban (96, 97), a KAM gyógyító-beteg kapcsolatban is lehet a beteg passzív, külső erőnek tulajdoníthatja a gyógyulást, illetve ennél komplexebb, ezekben a dimenziókban nem körülírható gyógyító-beteg kapcsolat is előállhat (pl.: a beteg csatlakozik egy gyógyító közösséghez és/vagy gurunak tekinti a gyógyítót és/vagy ő maga gyógyítóvá válik). Egy nagyszámú japán mintán, a KAM-mot és a konvencionális orvoslást választó betegek körében végzett összehasonlító HLOC kutatás, azt találta, hogy az egészség-kontrollhelye nem volt prediktív (98). Vitathatóan azért születnek eltérő eredmények, mert a kontrollt és a kontroll tulajdonítását a kutatók kulturális kontextustól mentesen próbálják értelmezni és univerzálisnak tekintik, miközben kulturális és szubkulturális normák függvénye.

Úgyszintén kulturálisan determinált, ugyanakkor dekontextuálisan vizsgált pszichológiai tényezők a KAM-használók körében az énhatékonyság (self-efficacy) és ágencia – a legtöbb kutatás magas értékekről számol be, illetve arról, hogy a KAM-használónak ezek jelentősek a terápiaválasztásban (10, 27, 99). Gyakori a számos KAM modalitás által nyújtott társas támogatás vizsgálata, melyet a kutatók egybehangzóan fontos tényezőnek tekintenek a KAM alkalmazásában és folytatásában (7, 27, 66, 81). Pszichológiai szempontból vizsgálták a KAM-használatot a Big Five kapcsán is, melyben a „Nyitottság a tapasztalatra” és a „Spiritualitás” dimenzióival állt leginkább korrelációban (79, 100). Végül, közelítve a KAM-használatban szerepet játszó szociokulturális értékek feltérképezéséhez és megértéséhez, némely pszichológiai kutatás olyan attitűdöket célt meg, melyeket meghatározónak tartottak korábbi kutatások alapján, így például a „holizmus” (10, 27, 101) és a „pszichoszociális

etiológia” (81, 102). Ezek már az egyén terápiaválasztásában szerepet játszó képzeteket mérik, ugyanakkor még mindig dekontextualizált formában, viszont a kutatásokban használt mérőeszközök eltérő módon határozták meg ezeket az attitűdöket.

Az egyénre és az egyéni választásra vagy attitűdökre fókuszáló vizsgálat problémás, premisszája ugyanis az, hogy az egyén elszigetelten hoz döntéseket vagy alakít ki véleményt egy adott jelenségről. Dekontextualizáltak minősíthető, ugyanis nem veszi figyelembe a tágabb politikai, szociokulturális, történelmi és szociálpszichológiai jelenségeket, melyek formálják az egyéni kogníciót és behatárolják/lehetővé teszik tetteit (66, 67). Ahogy Pikó írja: „Az egyéni döntések mögött mindig ott vannak az adott kultúra mélyen ható gyökerei, ami világlátásunk egészére rányomja bélyegét” (103). A teljesszerű elemzés tehát nem pusztán a biomedicina hiányaira fókuszál, nem állít fel dichotómiákat (mint a push/pull faktorok), nem dekontextualizált pszichológiai jellemzőket vizsgál és nem is pusztán a társadalmi trendeket nézi (mint például a KAM-használat, mint szociális ellenállás a modern élet veszélyeire (85)). A teljesszerű és legprecízebb KAM-mal kapcsolatos elemzés mindezeket figyelembe veszi, az egyént és attitűdjeit szociokulturális közegében tartva vizsgálja az egyaránt fontosnak tartott mikro- és makro-szintű jelenségeket. A kulturális diszpozíciók (104), azaz a vélekedési és viselkedési tendenciák vizsgálata ígéretes megközelítése a terápiaválasztás kérdéskörének, mert a diszpozíció szociokulturálisan meghatározott, de egyéni módon értelmezett és megtapasztalt jelenség, így társadalmi és pszichológiai szinten is megragadható, az egyén életének számos tartományát átszövő befolyásoló tényező.

Végül a terápiaválasztás kutatásának témakörében megjegyzendő, hogy míg a prevalencia-kutatások megoszlának abban, hogy milyen módon kérdeznek rá a használatra (elmúlt év, elmúlt fél év stb.), abban is megoszlának, hogy egyszeri vagy rendszeres igénybevételre kérdeznek rá. Ugyanolyan jelentős kérdés, hogy a beteg a KAM-mot miért próbálja ki, valamint, hogy miért folytatja annak használatát – szignifikánsan eltérő tényezők befolyásolhatják a két, gyakran egybevonatban kutatott jelenséget. Vannak kutatások, melyek kifejezetten a KAM-használat folytatásában vagy megszakításában közre játszó tényezők feltárására irányulnak (12), de nem gyakori ezen részterület vizsgálata. Jelentős kérdés az igénybe vett terápia hatékonyságának

szubjektív megítélése (67), mely szintén egy alulkutatott, ugyanakkor a terápiaválasztásban döntő szerepet játszó faktor.

1.3.2 A jelentésadás szükségessége

A betegség nem pusztán szomatikus élmény, nem csak a testre van hatással, hanem az individuum életének más területeire is: munkahelyi teljesítmény, családi és egyéb interperszonális kapcsolatok, jogok és kötelezettségek stb. Ezért az egyén számára a betegség jelentése legtöbbször nem pusztán a biológiai/testi tartományban marad és a jelentésadás szükségessége kultúrától függetlenül mindig is jellemző volt az emberre (14, 105). Sontag szerint a betegség metafora, melyben az egyén és a társadalom viszonya fogalmazódik meg (106). Tehát, amennyiben a terápiaválasztás folyamatát és a KAM használatát teljes körűen szeretnénk megérteni, fontos, hogy megértsük a beteg miként gondolkodik a világról, emberről, betegségről, egészségről (magyarázó modell, MM), és milyen kulturális diszpozíciók határozzák meg egészségügyi döntéseit. Ezek a diszpozíciók befolyásolják azt, hogy milyen elvárásokkal rendelkezik a nyugati orvoslással szemben, hogy csalódik vagy nem és mi alapján, illetve, hogy milyen elemek játszanak közre a KAM felé húzó ún. „filozófiai kongruencia” kialakulásában. Először a jelentésadásról, majd az MM-ekről és végül a döntéshozatal folyamatáról lesz szó röviden.

A betegség Káosza, a jelentés Kozmosza

Alapvető és jelentős kérdés, hogy a betegnek miért van szüksége arra, hogy betegsége számára értelmezhető legyen, értelmes és/vagy elfogadható jelentéssel bírjon. A pszichológiai szakirodalomban több utalás is mutatja, hogy amennyiben a beteg jelentéssel ruházza fel betegségét, megváltozik a betegségélménye: egyes tanulmányok szerint betegségét jobban tudja kezelni („disease management”), növeli a kontrollérzetet (27, 107), a rezilienciát, az énhatékonyságot és az ágenciát (10). Hogy ezek a dimenziók milyen korrelációban vannak a compliance, az adherencia és a terápiaválasztás jelenségeivel, vegyes eredményeket tár elénk. Azonban azt alapvető emberi jelenségnek tekinthetjük, hogy főként az ént érintő vagy azt veszélyeztető, (azonnali) döntéseket, lépéseket kívánó szituációkban jelentéseket konstruálunk. A betegség pedig eklatáns példája egy, az ént veszélyeztető, a mindennapi életet megzavaró, akár az egyén egész

világát érintő eseményre. A betegségélmény komoly kontrollvesztéssel is járhat, melyet az egyén kompenzálni akar (108, 109).

„Mivel az ember legjellemzőbb rendeltetése es legbecsesebb birtoka a koncepció, a legfélelmetesebb számára az, ha valami olyannal találkozik, amit nem tud értelmezni”, írja Geertz. Ezt az értelmezhetetlenséget Káosznak hívja: „Legalább három olyan pont létezik, ahol a káosz – olyan események halmaza, amelyek nem pusztán értelmezésre várnak, hanem értelmezhetetlenek – fenyegeti az embert: elemzőképessége, tűrőképessége és erkölcsi belátása határán” (104). A Káosz megbénítja a mentális és fizikai cselekvőképességet, valami megmagyarázhatatlan és a tehetetlenségérzet hatalmasodik el a személy felett. Geertz úgy véli, hogy az ember nem tud megküzdeni a Káoszzal, és Eliade-ra (110) építve, úgy gondolja, az individuum szándéka mindig mihamarabb Kozmoszt, rendet alakítani az értelmezhetetlenségből. A betegség mindhárom tartományban jelentkező kaotikus állapot lehet.

Az elemzőképesség Káosza elsődlegesen a szomatikus panasz értelmezésének kulturális diszpozíciójából származik. Vagyis a páciensnek igénye van arra, hogy panaszja értelmezhető nevet kapjon, és ezáltal gyógyítható betegséggé konstruálódjon (99, 111). Diagnózisra szükség van, mint arra is, hogy a beteg a betegség megnevezésével egyetértsen (14). Az elemzőképesség Káosza akkor is kialakulhat, ha a beteg úgy érzi, nem kapott kellő magyarázatot betegségére, illetve a biomedicina nem rendelkezik magyarázattal, melyet az egyén elfogadhatna vagy elutasíthatna. A tűrőképesség Káosza különösen érvényes a krónikus betegségekre, melyekre többnyire nincs hatékony gyógymód, csupán a tünetek csillapíthatók, ezért a beteg, akár egy életen át meg kell küzdjön velük. A tűrőképességet ugyanúgy próbára teszi a végstádiumban levő betegek által átélt Káosz, melynek során a jelentésadást az idő rövideje sűrűsíti leginkább.

Az utolsó tartomány, melyet a Káosz érinthet az erkölcsi belátás. Ez betegség idején is megrendülhet: „A szenvedés problémája könnyen átcsúszik a gonosz problémájába, hiszen ha a szenvedés elég komoly [...], erkölcsileg igazságtalannak tűnik, legalábbis a szenvedő számára” (104). A betegség okozta szenvedés Weber teodícea-fogalmával állítható párhuzamba (112), vagyis azzal, hogy „az igazságtalan és tökéletlen társadalmi rend összeegyeztethetetlen az isteni gondviseléssel” (104). Hasonló paradoxon jöhet létre az egyén tapasztalati és gondolati világában, ahol „a

dolgok tényleges és kívánatos helyzete között tatóngó szakadék [...], hogy szerintünk a különböző emberek mit érdemelnek és mit kapnak – feltéve, ha a jóról és rosszról alkotott fogalmainknak van értelme” (104). Geertz utolsó megjegyzése rendkívül fontos mechanizmusra hívja fel a figyelmet: a betegségélmény egy világgépet képes felülni, átformálni. Amennyiben a jóról és rosszról alkotott fogalmaink (világgépünkben foglaltatott erkölcsi normarendszerünk) nem magyarázzák kellőképpen a betegségben átélt szenvedést, akkor az érzelmi motiváció e paradoxon feloldására olyan intenzív lehet, hogy átírhatja mindazt, amit az egyén a világról, emberről, betegségről gondol (vö.: (55)). A Káosz kontrollvesztéssel, tehetetlenséggel és kiszolgáltatottság érzéssel járhat, melyeket a beteg igyekszik mindenáron csökkenteni.

Stratton szerint a KAM elsősorban azt a funkciót látja el, melyet a „modern orvosi szakma eldobott magától”: a fájdalom és a szenvedés jelentéssel való felruházását (1, 66, 80). A jelentésadás folyamatában megteremtett Kozmosszal nőhet a beteg kontrollérzete és ágenciája többek között azáltal, hogy a számára jobban kontrollálható tartományaira (például pszichológiai világa vagy táplálkozása) tevődik a hangsúly. Furnham megfogalmazásában a betegséggel-egészséggel kapcsolatos képzetek egy rendszert alkotnak más, nem egészségügyi képzetekkel, valamint az egyén közösségében lévők képzeteivel (69).

1.3.3 Laikus magyarázó modell-tipológiák

Jelen kutatás alapfeltevése az, hogy a terápiaválasztás összefügg a beteg világ-, ember-, betegség-, és egészségképével, mely tartományok együttesen az egyén MM-jét képezik. Bármely medicina mint kulturális rendszer, rendelkezik MM-mel – az orvos és a laikus e jelentésrendszerek segítségével értelmezi tapasztalatát (113). Kleinman szerint MM-ek kultúra-specifikus narratívákat adnak arra, hogy mi okozza a betegséget és miként lehet visszanyerni az egészséget, valamint a közös jelentéseken keresztül lehetővé teszik a szubkultúrákon belüli kommunikációt (114). Az MM hatással van a tünetek értelmezésére, az egészség- és betegmagatartásra, meghatározza többek között, hogy a beteg miként látja el önmagát, milyen gyakran keresi fel orvosát, milyen információforrásokból tájékozódik, késlelteti-e a segítségkérést, mennyire követi egy gyógyító előírásait és milyen hatékonysággal tud megküzdeni a betegséggel (14, 69, 115, 116). Az egyén MM-je dinamikus, tapasztalatok és új információ hatására változik,

idő- és kontextusfüggő, valamint különbözhet eltérő betegségei kapcsán. A Kleinman-féle MM dimenziói: a) a betegség etiológiája, b) a tünetek megjelenésének időpontja és módja, c) a kialakulásban szerepet játszó kórélettani folyamatok, d) a betegség lefolyása és súlyossága, valamint e) a kezelés típusa.

A legtöbb laikus MM-leírás és tipológia konkrét betegségekre (117, 118) vagy kizárólag mentális betegségekre vonatkozik (119), szomatikus betegségekre sokkal kevesebb kidolgozott tipológia létezik. Leginkább dichotóm tipológiákkal találkozhatunk, ahogy a kutató a laikus értelmezéseket két csoportba helyezi: fizikai – pszichológiai/pszichoszociális; naturalisztikus – perszonalisztikus; internalizáló – externalizáló; természetes – természetfeletti etiológiák (120, 121).

Elaboráltabb MM tipológiák, mint például Helmané, négy laikus oki teóriátípust különböztet meg: a személy (az egyén felelős betegsége kialakulásáért, pl.: táplálkozás vagy viselkedés), a természet (pl.: időjárás vagy állat támadása), a társas környezet (pl.: stressz vagy megátkozás) és a természetfeletti (pl.: istenek vagy szellemek büntetése) (14). Annak ellenére, hogy Helman hangsúlyozza, hogy az egyén MM-je multifaktoriális, a gyakran idézett tipológiába nehezen helyezhető el például a „genetika” mint oki tényező – a személyes kategóriájába ugyanúgy kerülhet, mint a természetébe, vagy az epigenetikai megfontolások révén a társas környezet kategóriájába (pl.: egy genetikai elváltozás triggere a stresszt okozó főnök), ha hozzáteszi a beteg, hogy a genetikai elváltozás „isten büntetése” vagy „karmikus büntetés” akkor immár mind a négy kategóriába helyeztük a genetikát.

Elgondolkodtató, hogy a tipológia így mennyire hasznos az értelmezési vagy akár egy későbbi mérési folyamatban. Robbins és Kirmayer egy hármascsoportos tipológiát és mérőeszközt dolgoztak ki, mely szomatikus, pszichológiai és környezeti oki teóriákat tartalmazott (115). Az ún. „Symptom Interpretation Questionnaire” ezt a három, előzetesen meghatározott kategóriát vette csak figyelembe, minden feltételes módban feltett kérdésre ugyanaz a három lehetséges válasz szerepelt, egyéb válaszlehetőség nélkül. Az eredmények így igen korlátozottak lettek, hiszen a válaszadó egy elképzelt betegsége/szituációra vonatkozó, legtöbbször komplex véleményét kénytelen volt egyetlen kategóriába helyezni, mely ráadásul nem feltétlenül volt besorolható a szomatikus, pszichológiai, vagy környezeti tényezők alá. Látható, hogy az értelmezések plaszticitása nehezen tükrözhető egy tipológiában.

1.3.4 Döntéshozatali modellek

A betegség oki teóriáit, MM-jeit tágabb, döntéshozatali modellekben, teóriákban is elhelyezték, mint például a Deci és Ryan nevéhez fűződő, autonómiát, kompetenciát és kötődést hangsúlyozó Öndeterminációs Elmélet (Self-Determination Theory, SDT) vagy a szociálpszichológiában kifejlesztett Attribúciós Elmélet (Attribution Theory) keretében (122). De ezen utóbbi értelmezési keret nem ad lehetőséget az attribúciókat létrehozó és azok interpretációit meghatározó szociokulturális hatások megkülönböztetésére, mint a fenti példában a genetika pontos besorolása.

Az Egészséghit Modellt (Health Belief Model, HBM) amerikai szociálpszichológusok dolgozták ki az 1950-es években azért, hogy megértsék miért utasítanak vissza emberek szűrővizsgálatokat és preventív jellegű ajánlásokat, majd később kiterjesztették a compliance egész témakörére (123). Ez a modell két alapfeltevésre épül, melyek az emberi viselkedést irányítják: 1) az elérendő cél vélt értéke (pl.: elkerülni egy betegséget, meggyógyulni egy betegségből), 2) a cél elérhetősége (pl.: hit abban, hogy egy bizonyos cselekvéssel elkerüli a betegséget, meggyógyul). A modell szerint elégséges motiváció a hit abban, hogy a „fenyegetés” valós, és abban, hogy egy bizonyos magatartással elkerülhető vagy helyrehozható. Dimenziói: 1) az észlelt fogékonyság (az egyén által észlelt kockázat egy adott egészségügyi állapottal kapcsolatban), 2) észlelt súlyosság (specifikus állapot és általában a betegségek súlyosságának megítélése, azaz „fenyegetettség”), 3) észlelt előnyök (az új magatartással járó előnyök) és 4) észlelt korlátok (az új magatartást akadályozó tényezők) (124). Ez a modell, bár a legrégebben alkalmazott döntéshozatali modell, meglehetősen lineáris, egyenletként tekint az emberi viselkedésre és nem kevés kritika érte az évtizedek során (123).

Hasonló elgondolás – és ténylegesen egyenletekkel dolgozik – Ajzen „Planned Behaviour Model”-je, mely az egyén motivációira helyezi a hangsúlyt (intenció, hogy viselkedését megváltoztassa, azért hogy elkerüljön egy negatív következményt vagy előidézzon egy kívánt eredményt), valamint a kockázat szubjektív értékelésére (125). Ajzen kiemeli, hogy az egyén viselkedésére külső erők is hatnak, a viselkedési kontroll mértéke (mennyire képes valaki egy bizonyos viselkedésre) csökkenhet szociokulturális hatások révén, valamint befolyásolhatja a megszokás is. Az Andersen által kifejlesztett

Behavioral Model (BM) három alapkategóriában határozza meg a beteg magatartását: 1) „Hajlamosító tényezők” (pl.: szociodemográfiai tényezők, betegséggel-egészséggel kapcsolatos képzetek, az egyén közösségének képzetei, szociokulturális kontextus), 2) „Lehetővé tevő tényezők” (pl.: fizetőképesség, társadalombiztosítás, kezelések költsége és elérhetősége, egészségügyi szolgáltatások minősége) és 3) „Szükségleti tényezők” (szubjektív észlelt/értékelt és orvosilag mért szükségletek az egészségi állapot kapcsán) (126). A BM-et már alkalmazták a KAM használatának mérésére a 2007-es amerikai National Health Survey adatait igénybe véve (127).

A legelaboráltabb valószínűleg Leventhal Önszabályozási modellje (Common-Sense Model of Self-Regulation CSM), (128, 129) mely az én-funkciók mellett a testi élmény által generált szociokulturális tényezők függvényében értelmezett „reprezentációkat” is figyelembe veszi. A modell háromszintes: 1) egészséget fenyegető külső és belső ingerek kognitív reprezentációi, 2) a reprezentáció alapján kialakított cselekvési, megküzdési terv és 3) az akcióterv és cselekvések véghezvitelére szolgáló rendszer. A modell körkörös, hiszen az egyén cselekvéseinek eredményét értékeli és bármilyen szinten (reprezentációk, tervek, véghezvitel) módosíthatja vélekedését/viselkedését. Leventhal szerint a szociokulturális aspektusok főként a betegségrepresentáció szintjén vannak hatással, mely a következő dimenziókból áll: a) a betegség „identitása” vagy „címkéje” (pl.: a konkrét diagnózis), b) lefolyása (elképzelések arról, hogy mikor kezdődött, meddig tart), c) etiológia, d) kontrollálhatóság és gyógyíthatóság (laikus és gyógyító által), e) fizikai, kognitív és szociális következményei és f) időtartam (128). A kultúra erősen befolyásolja a szomatikus történések megítélését, a betegség címkéjét, a társas kapcsolatok pedig folyamatos információt, visszajelzéseket jelentenek az egyén számára, melyek hatással vannak a betegségrepresentációra (128, 130). A reprezentációk Leventhal multidimenziós dinamikus modelljében ún. „prototípusokon” alapulnak, melyet az egyén összevet a társas kapcsolatokból szerzett információkkal: egy megfázás szubjektív megítélése kiegészül a társas környezetből származó új inputtal. Ez viszont feltételezi, hogy bizonyos betegségekre vannak kultúrától független kognitív „prototípusok”, holott számos kutatás kimutatta, hogy a betegségképek kulturálisan meghatározott és erősen idioszinkratikus jelenségek (69), illetve hogy a nyugati orvoslás nozológiáját is pusztán egy betegség-kategorizációként lehet értelmezni a sok

közül (14, 131). Így igen nehezen tudunk, ahogy Leventhal feltételezi, kultúrától független betegség-prototípusokról beszélni, ahol csupán másodlagos, „gazdagító” hatással van a társas kapcsolatokból származó információ (128).

Következésképpen az MM-ek viszonylatában a kutatók számára kihívás az, hogy valamely komplex, multifaktoriális, idő- és kontextusfüggő dinamikus tipológiát miként lehet felállítani, mely egyben lehetővé teszi a strukturált, ám idioszinkratikus MM-változatok, interpretációk megragadását. Nem dichotómiákban gondolkodni (biológiai-pszichológiai; külső tényezők-belső tényezők stb.) és teret adni annak, hogy értelmezés szerint egyetlen oki tényező több tipológiai kategóriába eshet, komoly kihívást jelent. Ugyancsak kihívás döntéshozatali modellek esetében valamennyi faktor figyelembevétele és integrálása egyetlen dinamikus folyamatábrába, mely tekintettel van az egyéni, társadalmi és kulturális szintekre. Kutatásom kísérletet tesz a laikus MM-ek új tipológiájának felállítására és a terápiaválasztással kapcsolatos döntéshozatal szociokulturális tényezőinek összegzésére.

2. Célkitűzések

A kutatás alapfeltevése, hogy a KAM-használat mögött mindig valamilyen, a beteg szociokulturális környezete által alakított képzetrendszer húzódik meg, és ez determinálja viselkedését. A kutatás célja, hogy ezeket a szociokulturális faktorokat és képzet-mintázatokat feltárja, és az eredményeket elsődlegesen az orvostársadalom felé közvetítse.

A kutatás feltáró jellegű és kvalitatív. Annak teljes tudatában, hogy bármely alpontja önmagában egy disszertáció témáját képezhetné, arra vállalkozik, hogy széleskörű rálátást biztosítson a komplementer és alternatív orvoslás használatára, ezen belül is a Hagyományos Kínai Orvoslás, mint a nyugati medicinát kiegészítő vagy helyettesítő terápiájának igénybevételére.

A kutatás klinikai szempontból releváns célkitűzése a KAM-mal kapcsolatos orvos-beteg kommunikáció kihívásainak részleteit a beteg szemszögéből feltárni, és az orvostársadalom számára általános javaslatokat tenni arra vonatkozóan, hogy a beteggel a KAM-ról miért és hogyan kommunikáljon.

Célkitűzése továbbá, hogy a jövőbeni KAM-mal kapcsolatos hazai kvalitatív és kvantitatív kutatásoknak szakirodalmi, empirikus és ideológiai hátteret biztosítson, ezzel támogatva a további munkát.

Nem vállalkozik a kutatás arra, hogy a KAM-használatot vagy bármely részterületét mérje – hiszen célkitűzései és módszertana nem teszik lehetővé ilyen eredmények generálását. Továbbá arra sem, hogy a KAM modalitások hatékonyságát „objektíven” vagy „szubjektíven” minősítse, illetve a modalitásokat összegezze és tipológiába sorolja.

A kutató elhatárolódik attól, hogy a KAM-ról, annak igénybevételéről vagy a konvencionális medicina és a KAM kapcsolatáról bármilyen értékítéletet alkosson. A kutató meggyőződése, hogy a neutralitás, a reflexivitás és a kritikus gondolkodásmód alapvető és elsődleges fontosságú az eredmények megbízhatóságának szempontjából.

A gyűjtött etnográfiai anyag főként a betegek narratíváiból áll, nem a „tényleges” történeteket vagy orvos-beteg interakciót rögzíti. A betegek narratíváját többek között befolyásolta az, ahogyan megélték a leírásban szereplő eseményeket, ahogyan – különböző időintervallumok elteltével – visszaemlékeztek és megfogalmazták tapasztalataikat. Jelen etnográfiai munka célkitűzése nem az, hogy

feltárja „az igazságot” vagy morális ítéletet mondjon a narratívák eseményeiről, hanem az, hogy felfedje a téma komplexitását és hozzájáruljon a terápiaválasztás megértéséhez.

3. Módszerek

3.1 Általános módszertani irányelvek

Ezen exploratív kutatás célja az interakcionális és interpretatív jelenségek feltárása, és ezen jelentések megértése, melyhez kvalitatív módszerek szükségesek (132). E módszerek közül a résztvevő megfigyelés a legalkalmasabb mivel nem ismert a megcélzott populáció, illetve kevés információ áll rendelkezésre a kutatás témájával kapcsolatban. Emellett pedig a félig strukturált interjú módszere lehetőséget ad a megfigyelt jelenségek mélyebb megértésére, az alanyok normáinak, képzeleinek, motivációinak részletes elemzésére.

A kvalitatív kutatásokban is biztosítani lehet a tudományos szigorot, a módszertani és elemzési precizitást (133–136), illetve kulcsfontosságú a neutralitás és a kritikai hozzáállás, vagyis az információ és információforrás kontextuális megítélése, értelmezése. Sarkalatos pont továbbá az egész kutatási folyamatban tanúsított reflexivitás, többek között a következő aspektusokban: kutatói előfeltételezések, előítéletek kiszűrése (kulturális relativizmus, minden jelenség antropológiai értelemben vett holisztikus értelmezése (137)), a megfigyelő hatása (138) a megfigyelt jelenségekre (hosszútávú terepmunka és interszubsztektivitás által csökkentve (132, 139)). A reflexivitás a dupla-hermeneutika (140, 141) szempontjából is fontos, mely során a torzításokat csökkenti a szituált elemzés (104, 142), a válaszadók általi érvényesítés (respondent validation) (132, 139), a konstruktivista megközelítés (143) és az émikus és étikus perspektíva kiegyensúlyozott alkalmazása (104, 144). A módszertanban és a kódolásban prominens irányelv volt a szisztematikus elemzési mód és strukturált közzététel, valamint a transzparencia biztosítása, hogy az eredmények és a konklúziók visszakövethetők legyenek. Végül, de nem utolsó sorban a kutatás során elengedhetetlen szempont volt az összes résztvevő anonimitásának biztosítása.

3.2 Az antropológiai terepmunka ismertetése

A kvalitatív kutatás során végzett terepmunka terepszemlékből, résztvevő megfigyelésből és félig-strukturált interjúk készítéséből állt, ezek szeparált részletezése következik.

3.2.1 Terepszemlék (*Időintervallum:* 2014. szeptember – 2014. december)

Tevékenység és célja: HKO-val foglalkozó rendelőkbe való ellátogatás, informális és strukturálatlan interjúk készítése betegekkel és orvosokkal; a terápiaválasztás előzetes feltérképezése (főbb témák, szereplők, attitűdök); módszertani feltérképezés (lehetőségek, kihívások, korlátok); kapcsolatépítés (minél több beteg és gyógyító megismerése).

Mintavételezés: kényelmi és hólabda; rendelő elemszám N=12.

Dokumentáció: terepnapló (azonnali dokumentáció, kézzel írott, majd legépett), melynek célja az interakciók és megfigyelések rögzítése. Vizuális dokumentáció (fényképek és rajzok), célja a kezelőhelységek proxemikai tulajdonságainak dokumentálása.

Hozadék: Tentatív tipológiák

- A kezelőhelységek, gyógyítók és betegek attitudinális tipológiája: 1) a HKO-t más gyógyítási eljárásokkal vegyítő és egyéb kulturálisan „hibrid” képzeteket integráló egyének (azaz „kulturális kreatívok”), és 2) kizárólag a HKO gyógyítási rendszerét és képzeteit hangsúlyozó egyének (azaz „ortodoxok”).

A „kulturális kreatív” jelzővel illetett gyógyító több KAM modalitást és kulturális rendszert igyekszik integrálni praxisában és világméretben. Az „ortodox” kifejezés tartalma pedig, hogy csakis a HKO tanában, filozófiájában, gyógyítási rendszerében mozog a gyógyító. Hangsúlyozandó, hogy egyik sem minősíti a gyógyítást magát vagy a HKO orvos kompetenciáját.

- A gyógyítók képzés-alapú tipológiája: 1) magyar, HKO továbbképzésen részt vett orvos, 2) magyar orvos vagy nem orvos, aki a Semmelweis Egyetemen zajló kihelyezett képzésen vett részt, 3) magyar orvos vagy nem orvos, aki Kínában vett részt képzésen és 4) kínai orvos vagy nem orvos, aki Kínában vett részt valamilyen képzésen.

Az így kialakított tentatív tipológiák alapul szolgáltak a terepmunkában alkalmazott kvóta szerinti mintavétel kategóriáinak képzésében.

3.2.2 Résztvevő megfigyelés (*Időintervallum:* 2015. január – 2017. május)

Tevékenység és célja: Az etnográfiai adatok gerincét a hosszú és többhelyszíni résztvevő megfigyelés adta, melynek célja a terepben való „elmerülés”, a jelenségek

naturalisztikus környezetben történő megfigyelése (145), a mindennapi tevékenységekben való részvétel, minél tágabb informátori kör kialakítása, valamint strukturálatlan interjúk készítése volt.

Mintavételezés: a résztvevő megfigyelés során az alanyok kényelmi mintavétellel, időbeli szaturációval kerültek a mintába. A terepmunka helyszínei (rendelők) és gyógyítói (HKO orvosok) nem-valószínűségi, nem-arányos kvóta szerinti mintavétellel (non-proportional quota sampling) (132, 146) kerültek bevonásra. Az alkalmazott kategóriák a következők voltak:

- 1) Az attitudinális és gyógyítói tentatív tipológia (maximum variabilitás)
- 2) A kezelőhelység földrajzi elhelyezkedése (Buda és Pest)
- 3) A gyógyító nemzetisége (magyar és kínai)
- 4) A gyógyító neme (férfi és nő)

Mivel a résztvevő megfigyelés során nem cél bármilyen módon szűrni az informátorokat, így kényelmi mintavétellel kerültek bevonásra.

Dokumentáció: terepnapló (azonnali dokumentáció, kézzel írott, majd legélt), melynek célja az interakciók és megfigyelések rögzítése. Minden naplóbejegyzés tartalmazta a helyszínt, dátumot, interlokutorok listáját, ahol lehetséges verbatim párbeszédet is. A gépelt naplóbejegyzések annotáltak és tematikus struktúrába rendezettek.

Megfigyelési irányelvek: a rendelők proxemikája (általános struktúra, térhasználati leírás Hall kategóriái (147) alapján), a rendelők esztétikája (tárgyak, díszek, színek és ezek kulturális jelentése), a viselkedési környezet (a résztvevők leírása, a résztvevők és térhasználat kapcsolata, a résztvevők egymáshoz való viszonya, szerepek és kötelezettségek, demarkáció, retorika), társas interakciók és interperszonális kapcsolatok (gyógyító-gyógyító, gyógyító-beteg, beteg-beteg, gyógyító-kutató, beteg-kutató), orvosi koncepciók és gyakorlatok (világ-, ember-, betegségképek, a nyugati orvosláshoz való viszony, kezelésfajták, nozológia).

Résztvevői irányelvek: a terep diktálja a bevonódás mértékét, ütemét, formáját. Fontos volt, hogy a kutató tevékenysége hasznos legyen a közösség számára (mindennapi munkához való hozzájárulás), kutatói státusza egyértelmű legyen („tanuló” vagy „kutató” jelvény viselése), nyílt és érthető legyen a kutatás témája és módszere a gyógyítók, a személyzet és a betegek számára.

Strukturálatlan interjúk: a terepen betegekkel és gyógyítókkal egyaránt készültek informális, strukturálatlan interjúk, melyekben nem volt cél ugyanazokat a kérdéseket feltenni, hanem a résztvevő megfigyelés tevékenységeiből adódó beszélgetéseket kezdeményezni, így egy-egy jelenséget in vivo megérteni, az egyének tapasztalatait és folyamatait verbálissá tenni. Tipikus résztvevői tevékenységek voltak, melyek során strukturálatlan interjúk készültek: segédkezés a betegek menedzselésében (sorrend, ágybeosztás stb.), a váróteremben a várakozás során, a tűk kivétele közben, az ágyak rendezése közben stb.

- Fókuszpontok páciensekkel: miért választotta a HKO-t, milyen más KAM modalitásokat vett igénybe, hogyan került kapcsolatba a rendelővel/gyógyítóval, milyen betegségeit kezeli/kezelte KAM-mal, milyen a terápia hatékonyságának szubjektív megítélése, milyen testérintési voltak kezelése alatt és között, milyen a nyugati orvoslással való viszonya, milyen tapasztalatai voltak a nyugati orvoslással/orvosokkal, tájékoztatja-e kezelőorvosát a komplementer medicina használatáról.
- Fókuszpontok gyógyítókkal: mik voltak a pályaválasztás okai, miért praktizál a HKO-ban, milyen más KAM modalitásokban praktizál, milyen a nyugati orvosláshoz való viszonya, ötvöz-e két (vagy több) orvosi rendszert és világnézetet, megtartott-e biomedikális elemeket, milyen HKO képzésen vett részt, melyek a praxisa tulajdonságai.

Résztvevő megfigyeléssel kapcsolatos kiegészítő tevékenységek: Az Emberi Erőforrások Minisztériuma által rendezett, a Művészetek Palotájában megtartott „Ősi tudás, új utakon: Megújuló Hagyományos Kínai Gyógyászat Magyarországon” c. konferencián való részvétel; a 9th European Congress for Integrative Medicine nemzetközi konferenciáján való részvétel; a Magyar Akupunktúrás Orvosok Társasága által rendezett konferencián való részvétel. Ezek a konferenciák nem feltétlenül szakmai szempontból voltak jelentősek, hanem további strukturálatlan interjúk készítésére adtak lehetőséget.

3.2.3 Félig strukturált interjúk: gyógyítók (*Időintervallum:* 2015. január – 2017. július)

Interjú-struktúra: leginkább a pályaválasztással kezdődő, rugalmas sorrendet követő, tematikus blokkokba rendezett kérdések és altémák alkották az interjúkat; az interjúalanyok bizonyos mértékben eltérhettek a kérdésektől; minden interjú mindegyik tematikus blokkot érintette; mindegyik blokk rendelkezett altémák szerinti „puhatolózó kérdésekkel” („probes”), melyek a témában való elmerülést vagy annak tisztázását szolgálták (a teljes interjústruktúrát lásd: Melléklet 1). A tematikus blokkok a következők voltak: világkép (ontológia és episztemológia), társadalomkép és a többségi társadalmi értékekhez való viszony, emberkép (alkotóelemek és interakciójuk), betegségkép (definíció/leírás, etiológiák, nozológia), egészségkép (definíció/leírás, a gyógyulás folyamata), pályaválasztás, a HKO-ra való specializálódás okai és a biomedicinához való viszony. A 1,5-2 órás interjú a gyógyító rendelőjében került rögzítésre. Az interjú hanganyaga diktafonon került rögzítésre és verbatim került felgépelésre.

Mintavételezés: nem-valószínűségi, nem-arányos kvóta szerinti mintavétel a résztvevő megfigyelés helyszíneiről és egyéb rendelőkben. Az alkalmazott kategóriák a következők voltak:

- 1) Az attitudinális és gyógyítói tentatív tipológia (maximum variabilitás)
- 2) A kezelőhelység földrajzi elhelyezkedése (Buda és Pest)
- 3) A gyógyító nemzetisége (magyar és kínai)
- 4) A gyógyító neme (férfi és nő)

3.2.4 Félig strukturált interjúk: betegek (*Időintervallum:* 2015. január – 2017. július)

Interjú-struktúra: leginkább a betegúttal kezdődő, rugalmas sorrendet követő, tematikus blokkokba rendezett kérdések és altémák alkották az interjúkat; az interjúalanyok bizonyos mértékben eltérhettek a kérdésektől; minden interjú mindegyik tematikus blokkot érintette; mindegyik blokk rendelkezett altémák szerinti „puhatolózó kérdésekkel” („probes”), melyek a témában való elmerülést vagy annak tisztázását szolgálták (a teljes interjústruktúrát lásd: Melléklet 2). A tematikus blokkok a következők voltak: világkép (ontológia és episztemológia), társadalomkép és a többségi társadalmi értékekhez való viszony, emberkép (alkotóelemek és interakciójuk), betegségkép (definíció/leírás, etiológiák, nozológia), egészségkép (definíció/leírás, a gyógyulás folyamata), betegút és terápiaválasztás (miért HKO, milyen egyéb KAM-mot

vesz igénybe, hogyan került kapcsolatba vele, hogyan ítéli meg a terápia hatékonyságát). A 1,5-2 órás interjú a beteg által látogatott rendelőben, a beteg otthonában vagy egy nyilvános helyszínen került rögzítésre az interjúalany igényei szerint (prompt minta: „Milyen helyszínen érezné a legoldottabban magát?”). Az interjú hanganyaga diktafonon került rögzítésre és verbatim került felgépelésre.

Mintavételezés: nem-valószínűségi, nem-arányos kvóta szerinti mintavétel a résztvevő megfigyelés helyszíneiről és egyéb rendelőkől. Az alkalmazott kategóriák a következők voltak:

- 1) A beteg nemzetisége (csak magyar)
- 2) A beteg neme (férfi és nő)
- 3) Toborzás helyszíne (maximum variabilitás)

3.3 Az adatok kódolása és elemzése

A kódolási folyamat átláthatósága rendkívüli fontossággal bírt. A kvalitatív módszerekkel gyűjtött adatok narratívaelemzése során a kvantifikáció nem volt irányelv, de ahol mód volt rá megtörtént. A kódolási transzparencia a kódolási folyamat fázisainak ismertetésével, a kódok közzétételével és az adatok szisztematikus kezelésével valósult meg. Az alábbiakban ezek kerülnek bemutatásra.

3.3.1 A kódolási folyamat

Alapmegfontolás volt, hogy a kifejlesztett kódrendszer 1) rendszerszemléletű legyen, 2) a keresztmetszeti elemzést (különböző egyének tulajdonságainak összehasonlító vizsgálatát) tegye lehetővé és 3) a kidolgozott kódok kredibilisek és az egész adathalmazon alkalmazhatóak legyenek. A kódok kredibilitását növelte a személyi trianguláció technikája, mely során több ember elemezte a nyers adatokat, ezzel csökkentve a részrehajlás vagy a preconcepciók mentén kialakuló „vakfoltok” megjelenésének esélyét (148–150).

A terepnapló és a betegekkel készült interjúk kódolásának fázisai

Első fázis: induktív szabadkódolás, melyet a kutató végzett, a kódok dinamikusak maradtak a terepmunka kb. egyharmadáig. Az első fázis kódjai a következők voltak: betegfelvétel és kezelt páciensek; biomedicina vs. HKO; HKO koncepciók; magyar vs.

kínai HKO; HKO orvosi konzultációk; EÜ piac; környezeti etiológia; pszichoszociális etiológia; vitalizmus; social hub jelenség; szinkretizmus; testérzetek; vignetták; egyéb.

Második fázis: egy tentatív kódrendszer került kidolgozásra két kódfával: PJ (Patient Journey / Betegút) és EM (Explanatory Model / Magyarázó modell). Az első fázis során rögzített adatokon a PJ és EM kódokkal deduktív újrakódolás történt. Minden további (résztevő megfigyelés és interjúkból származó) adat a PJ és EM kódokkal került kódolásra.

Harmadik fázis: a terepmunka lezárását követően két, független, külön dolgozó kódoló a nyers adatok anonimizált változatát induktívan kódolta (szabadkódolás), majd kifejlesztett egy önálló kódrendszert a betegút és az MM-ek adatainak kódolására.

Negyedik fázis: a három kódrendszeren (a két független kódolóé és a kutatóé) trianguláció történt, az eltérő kódokból a megversenyeztetést követően konszenzus született.

Ötödik fázis: a PJ és EM kódfák végső verziója elkészült (lásd alább).

Hatodik fázis: az egész adathalmazt mindhárom kódoló deduktívan kódolta a PJ és az EM kódfák végső verziójával, majd triangulálta a kapott eredményeket.

A kódolás mindegyik fázisban az Atlas.ti 6.0 szoftverrel zajlott, az adatok egy külön hermeneutikai egységbe kerültek a programon belül.

A gyógyítókkal készült interjúk kódolása

Mivel a kutatás fókuszában a betegek terápiaválasztása áll, a gyógyítókkal készült interjúkra külön kódfa nem került kidolgozásra. A gyógyítókkal készült interjúk szövegén induktív kódolással végzett tematikus elemzés történt, melynek tematikus blokkjai az interjústruktúrát követve a következők voltak: világkép, társadalomkép és a többségi társadalmi értékekhez való viszony, emberkép, betegségkép, egészségkép, pályaválasztás, a HKO-ra való specializálódás okai, a biomedicinához való viszony és a medicinák integrációjának konceptualizálása.

3.3.2 Kódfák

A PJ kódfa a betegút terápiaválasztással kapcsolatos aspektusait foglalja magában, jelesen: a beteg milyen ponton és milyen konkrét indokkal fordult a KAM felé. A mesterkódok (fő kódok) azon a premisszán alapulnak, hogy a betegút mutatja a KAM-

használatba való belépési pontokat és annak indokait, valamint hogy ez információt tartalmaz arra vonatkozólag, hogy a beteg milyen jellegű kapcsolatban marad a biomedicinával. A betegutat a következő fő kódok alkotják: diagnózis (PJ.D), orvosi konzultáció (PJ.C), kezelések (PJ.T), bármely ponton (PJ.A). A négy mesterkód összesen 15+8 alkóddal rendelkezik, a kódfa pedig 3 absztrakciós szintből épül fel. A teljes PJ kódfa a mellékletben megtalálható (Melléklet 3). Az összes kód ismertetésre kerül az eredményekben.

Az EM kódfa a beteg MM-jének aspektusait tartalmazza. A mesterkódok azon a premisszán alapulnak, hogy a terápiaválasztás interakcióban áll a beteg MM-jével. Az MM-et a következő fő kódok alkotják: világkép (EM.W), társadalomkép (EM.S), emberkép (EM.M), betegségkép (EM.I), egészségkép (EM.H). Az öt mesterkód összesen 33+117 alkóddal rendelkezik, a kódfa pedig 3 absztrakciós szintből épül fel. A teljes EM kódfa a mellékletben megtalálható (Melléklet 4-8). A kódfa egy része kerül ismertetésre az eredményekben.

3.3.3 Az adatok elemzése

A betegekkel és gyógyítókkal készült interjúk narratívaelemzésre kerültek, mely az Interpretatív Fenomenológiai Analízis (140, 151) (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA), elemzési rendszerével történt. Ezen elemzési protokoll szerint a szabadkódolást követően az induktív módon kialakuló, dinamikus változó kódok egyre feljebbi absztrakciós szintekbe szerveződnek, és végül a fő kódok kerülnek kialakításra. A résztvevő megfigyelésből származó adatok az IPA-val kialakított kódrendszerben kerültek elemzésre. A kialakított kódok lehetővé tették az adatok keresztmetszeti elemzését, valamint az Atlas.ti segítségével a kódok (és kapcsolódó narratívareszletek) együttlállása (co-occurrence) vizsgálat alá kerülhetett. A tentatív következtetések triangulációja számos, különböző diszciplínában tevékenykedő kollégával zajlott, valamint a terepen lévő bizalmasokkal (member check/respondent validation). A következtetések versenyztetése a de- és re-kontextualizáció technikájával (134) történt.

4. Eredmények - Alapadatok

4.1 A minta szociodemográfiai jellemzői

A 2015. január és 2017. május között zajló, 29 hónapos résztvevő megfigyelés négy HKO rendelőben történt, két rendelőben egy-egy, míg a másik két rendelőben több gyógyító együtt dolgozott. A rendelők kiválasztása a fő gyógyító alapján (2 kínai, 2 magyar; 2 nő, 2 ffi) és a helyszín földrajzi elhelyezkedése alapján történt (2 Buda, 2 Pest). Míg a résztvevő megfigyelés helyszíneinek kiválasztásánál tudatos mintavételezési stratégia került alkalmazásra, a rendelőben a kényelmi mintavétellel bevonásra került személyek már nem kerültek szűrésre. A négy helyszínen véghez vitt terepmunka során 105 magyar származású beteg szerepelt a mintában, átlag életkoruk 53,3 év. Legtöbben budapestiek voltak (N=75), de vidékről is érkeztek a rendelőkbe kezelésre (N=30). A beteg bevonása vagy felvételekor (betegfelvétel, első konzultáció, első kezelés) (N=49) vagy a már zajló kezelése közben (N=56) történt. A betegek többsége rendelkezett korábbi leletekkel (az első konzultációra leletekkel érkezett és HKO kezelése közben újabb leletek készültek) (N=90, 85,7%), mely egyértelműen jelzi, hogy panaszával először a nyugati orvosláshoz fordult. A betegek több mint fele viszont nem rendelkezett biomedikális diagnózissal (N=66, 62,8%), azaz a konvencionális medicinában panaszaira addig nem találtak organikus okot. Az alábbi táblázat mutatja a résztvevő megfigyelés részleteit.

Táblázat 1: A résztvevő megfigyelés részletei

Időtartam	2015. jan. – 2017. máj. (29 hónap)
Helyszín	4 HKO rendelő (2 budai, 2 pesti)
Rendelő (fő) HKO gyógyítója	2 magyar, 2 kínai; 2 nő, 2 ffi; átl. kor: 48 (33-61 év)
Beteg bevonási mód	Betegfelvétel N=49; Kezelt N=56 (össz. N=105)
Beteg rendelkezett-e korábbi leletekkel	Igen N=90 (85,7%) Nem N=15 (14,2%)
Beteg rendelkezett-e nyugati diagnózissal	Igen N=66 (62,8%) Nem N=39 (37,1%)

A résztvevő megfigyelésbe bevont személyek leginkább mozgásszervi, ízületi megbetegedésben szenvedtek (18 nő, 10 ffi), míg a második leggyakoribb betegség az egyetlen nozológiai kategóriát alkotó daganatos megbetegedések (7 nő, 12 ffi). A gyomor-, bélrendszeri betegségek is markáns jelenléttel bírtak a mintában (10 nő, 6 ffi), ahogy a nőgyógyászati vagy prosztatata problémák is (9 nő, 5 ffi). A nőbetegek leginkább

mozgásszervi, ízületi megbetegedésben szenvedtek (N=18), míg a férfiak daganatos megbetegedésben (N=12). Az „egyéb” kategóriában a következő panaszok szerepeltek: érzékeny és duzzadt nyirokcsomók, bokagyengeség, egyensúlyzavar, szédülés, körömgomba és különböző testérzetek (fájdalom, nyomás, görcs, zsibbadás). A melléklet tartalmazza a mintában szereplő betegségek és panaszok eloszlását (Melléklet 9). A bevont 105 személy közül sokan egyszerre több panaszukat/betegségüket is kezeltették, ezért összesen 181 epizód szerepel az etnográfiai anyagban. A kutatásban használt nozológiai rendszer a Hungarostudy tipológiája és a terepmunka elején szerzett információ alapján került kidolgozásra, betegségcsoportokat és panaszokat egyaránt tartalmazott (Melléklet 10).

A 2015. január és 2017. július között betegekkkel felvett félig strukturált interjúk (N=10; 4 ffi, 6 nő) nem csak budapesti lakosokkal készültek (N=5), hanem a fővároson kívül élőkkal is (N=5). A betegekkkel készült interjúkban nem volt mintavételezési szempont a lakhely, hiszen Budapest környékéről (pl.: Érd, Szentendre) is feljártak a fővárosi rendelőkbe betegek, ahogy ez a résztvevő megfigyelés mintáján is látható. Az interjúalanyok átlag életkora 58,6 év volt és betegségeik, panaszaik a következők voltak: rákos, daganatos megbetegedés (N=3), mozgásszervi, ízületi megbetegedés (N=2), nőgyógyászati / prosztatata problémák (N=2), endokrinológiai / hormonális betegség (N=1), gyomor-, bélrendszeri betegség (N=1), neurológiai megbetegedés (N=1), cukorproblémák (N=1), szemproblémák (N=1) és különböző testérzetek (fájdalom, nyomás, görcs, szédülés). A 2015. január és 2017. július között HKO orvosokkal felvett félig strukturált interjúk (N=10; 5 ffi, 5 nő) csak Budapesten élő orvosokkal készültek (Buda N=5, Pest N=5). Az interjúalanyok átlag életkora 50,1 év volt és képzési hátterük variabilitást mutatott: pécsi továbbképzés, SE-ETK kihelyezett képzés, valamint kínai képzés. Az alábbi táblázat mutatja a kutatásban résztvevő betegek és a gyógyítók demográfiai adatait.

Táblázat 2: Kumulatív demográfiai táblázat

	FÉLIG STRUKTURÁLT INTERJÚK		RÉSZTVEVŐ MEGFIGYELÉS
	Beteg (N=10)	Gyógyító (N=10)	Beteg (N=105)
Nem	Ffi N=4; Nő N=6	Ffi N=5; Nő N=5	Ffi N=42; Nő N=63
Átl. kor	58,6 év (26-78 év)	50,1 év (35-83 év)	53,3 év (2-85 év)
Lakóhely	Főváros N=5 Megyeszékhely N= 1 Község N=4	Főváros N=10 Buda N= 5 Pest N=5	Főváros N=75 Megyeszékhely N= 8 Község N=22

A következőkben az eredmények ismertetése a HKO rendelők leírása, a HKO orvosok jellemzése, az orvos-beteg kapcsolat és interakció rövid leírása következik. Ezután a PJ kódok (betegút, KAM-használat közvetlen indokai és belépési pontjai) és az EM kódok (a beteg MM elemei és tipológiája) ismertetése olvasható. Az eredményekben közölt narratívareszletek (idézetek) „evidenciaként” és illusztrációként szolgálnak, a résztvevő megfigyelés és az interjúk etnográfiai anyagából származnak. Az előbbiek „TN” (terepnapló) jelöléssel, az utóbbiak az interjúalany álnévének rövidítésével bírnak, mely mindig egy „P” betűből (Páciens) és egy másik betűből áll össze, pl.: „P.T.”. A két sornál rövidebb narratívareszletek a szövegtörzsben szerepelnek idézőjelek között és dőlt betűkkel, az ennél hosszabbak külön bekezdésben, nagyobb margóval. Szintén idézőjelben szerepelnek a szövegtörzsben használt émikus kifejezések (a vizsgálati minta/kultúra belső szóhasználata).

4.2 HKO rendelők fizikai és szociokulturális környezete

A terepszemlék és a résztvevő megfigyelés alatt 16 HKO rendelő került részletesebb feltérképezésre, melyek alapvetően bérelt helységek voltak (bérházban vagy irodaházban), ritkábban az orvos magánlakásának egy leválasztott részén kerültek kialakításra. Ezek legtöbbször a város valamilyen főbb csomópontja közelében elhelyezkedő többszobás helységek voltak, melyeket egy vagy több akupunktőr bérelt. Emellett egészségközpont részeként is léteznek HKO rendelők, ahol egy vagy több akupunktőr dolgozik. Amennyiben a rendelő egy közösen bérelt helység volt, általában műszakokban vagy napi bontásban váltották egymást az orvosok és osztoznak a felszereléseken, berendezésen. Mindegyik rendelő rendelkezett egy váróhellyel és WC-vel. Egy kivétellel, a mintában szereplő mindegyik rendelőben masszázsszékkel kezelték a betegeket. A rendelő nagyságával és frekvenciájával arányosan nőtt az alkalmazottak (személyzet) száma. A legnagyobb rendelők több orvos által használtak, akár több kezelőhellyel rendelkező terek voltak, recepcióval, asszisztensekkel és/vagy gyakornokokkal.

A kezelésekhöz előzetes bejelentkezés volt szükséges, általában 30 vagy 60 percesek és 6.000-15.000 Ft áron lehetett testkezelést, valamivel olcsóbban fülakupunktúrás kezelést igénybe venni. Megjegyzendő, hogy a kutatásban a

testkezelést végző orvosok és azt igénybe vevő betegek szerepelnek, a fülakupunktúrás kezelés (Nada) már nem orvosi diplomához kötött eljárás és leginkább addikciókezelésben használatos. A törvényi előírásoknak megfelelően a rendelőkben a kliens rendelkezett egy kezelőlappal, melyen személyes adatai, anamnézise, valamint az akupunktúrás kezelések részletei szerepeltek (időpontok, megszárt akupunktúrás pontok stb.). A rendelők egy részében a test- és fülakupunktúrás kezelések mellett kiegészítő moxa- és köpölykezeléseket is alkalmaztak (a moxa a kínai modellben tulajdonképpen az akupunktúra szerves része, a kettő inkább nyugaton különül csak el egymástól). A HKO orvosi rendszere és az általa kínált terápiák teljes kiaknázása a gyógynövényes kezeléssel egészült ki, mely nem minden orvosra volt jellemző.

A rendelők proxemikai jellemzői tipológiába sorolhatók fizikai, szociális és kulturális aspektusaik alapján. Fizikai, azaz térhasználati szempontból két fő csoportba oszthatók: melyekben a betegeket szeparáltan kezelték (szoba és/vagy ágy szintjén szeparált tér) és melyekben a betegeket együttesen kezelték (egylégterű, nem szeparált tér). Míg Kínában az utóbbi proxemikával sok (de nem mindegyik) hagyományos orvosi kezelőhelység rendelkezik, Budapesten a rendelők nagy részében szeparáltan kezelik a betegeket, leginkább az ágyak körüli tér leválasztásával biztosítják a kliens „személyes terét”. A szeparáció kötött térben, azaz immobilis válaszfalakkal ellátott egyszemélyes kezelőhelységekből, vagy részben kötött térben, azaz függönnyel vagy gipszkartonból, rízspapírból vagy egyéb anyagból készült mozgatható válaszfallal történt.

A proxemikai tipológia szociális aspektusai alapján szintén két fő csoportba sorolhatók a rendelők: közösség-centrikus („social hub”) és individuum-centrikus. A social hub kifejezés nem feltétlenül a rendelő látogatottságának mértékére utal, hanem társas középpontként funkcionáló, a társas életet és a szociális háló építését serkentő jellegére. A közösség-centrikus rendelő váróhelységében valószínűbb volt, hogy beszélgetés alakul ki beteg és beteg között vagy beteg és személyzet között. Ezek eklatáns jellemzője a betegek közötti egészségügyi és más kérdésekkel kapcsolatos információcsere volt. Beszélgetéseik legtöbbször KAM modalitásokkal, termékekkel, koncepciókkal (pl.: a liszt és a cukor milyen módon árt a szervezetnek; hol lehet mágneságyat vásárolni), valamint biomedikális orvosokkal, eljárásokkal kapcsolatos tapasztalatcseréből (pl.: kinél érdemes csípőprotézis-műtétet csináltatni, milyen

konvencionális eljárással kerülhető el), illetve egymás betegútjának megismeréséből álltak. Mivel ilyen környezetben Sorstársak (ugyanazon betegségben vagy panaszoktól szenvedők, vagy tágabban: hasonló betegszereppel azonosulók) könnyebben egymásra találtak, ezért ezekben a rendelőkben erősebb volt a társas támogatás jelensége, valamint az idejártó betegekben erősebb volt a társas támogatás iránti (explicit) igény. Az individuum-centrikus rendelők legtöbbször kisebb lakásban lévő, egyszerre csak egy vagy néhány beteget ellátó helységek, de akár nagyobb rendelőknek is lehet individuum-centrikus proxemikája. Ebben a kategóriában a leggyakoribb jelenség az időre érkező és a kezelés után közvetlenül távozó kliens volt, valamint a távolságtartóbb személyzet, orvos. A résztvevő megfigyelés helyszínei fele-fele arányban voltak. Jelen kutatás nem vállalkozott arra, hogy részletesen feltárja a rendelők társas környezetét és teóriákat állítson fel a jellegük kialakulására vonatkozóan.

A proxemikai tipológia kulturális aspektusai alapján a rendelők újabb két, még hozzá a gyógyítói tipológiával (4.3 pont) korrelációt mutató kategória mentén csoportosíthatók: „kulturális kreatív” illetve „ortodox” rendelőtípus. A „kulturális kreatív” jelzővel illetett gyógyító/rendelő több KAM modalitást és kulturális rendszert igyekszik integrálni praxisába, világképébe és esztétikai vonatkozásába. Az „ortodox” gyógyító/rendelő csakis a HKO tanában, filozófiájában, gyógyítási rendszerében mozog és esztétikájában is ezt tükrözi. Míg a „kulturális kreatív” rendelőkben gyakori volt az esztétikai és filozófiai szinkretizmus (pl.: festmények csakrákról, keresztek/feszületek, angyalokat ábrázoló kép, buddhista szimbólumok, mandalák stb. egy térben való megjelenése), addig az „ortodox” rendelőkben kizárólag a HKO/akupunktúra és a kínai kultúra elemei voltak felfedezhetők (pl.: akupunktúrás pontok és meridiánrendszer képei, kínai tájképek, gyógynövények képei stb.). Mindkét rendelőfajtában voltak biomedikális elemek, mint például vérnyomásmérő, ércsipesz, vatta, fertőtlenítő (ezek az ÁNTSZ által megadott minimum felszerelés részét képezik).

4.3 HKO orvosok

Gyógyítók is rendelkeznek „kulturális kreatív” (szinkretikus) vagy „ortodox” (HKO-specifikus) diszpozíciókkal. Hangsúlyozandó, hogy ez nem tartozott a szűken vett kutatási kérdéshez, ezért további kutatások szükségesek ahhoz, hogy a gyógyítói attitűdöket és praxist jobban feltérképezhessük. A tipológia kategóriáinak tentatív jellemzésekor megállapítható, hogy a „kulturális kreatív” gyógyító nagy

valószínűséggel nem Kínában tanult (inkább Pécs vagy SE-ETK), más KAM modalitásban is otthon van, több KAM technikát is alkalmaz praxisában és jobban fókuszál páciense pszichoszociális tartományaira a gyógyítás folyamatában. Az „ortodox” HKO orvos, ezzel szemben, valószínűleg Kínában tanult, beszél kínaiul, érdeklődik a kínai kultúra és filozófia iránt, más KAM modalitásban nincs otthon, kizárólag a HKO gyógyítási technikáit alkalmazza és kevésbé fókuszál páciense pszichoszociális tartományaira a gyógyítás folyamatában (az érzelmi tényező pusztán egy a többi közül, lásd: 6.4.2 pont és itt alább).

Míg mindkét csoport gyógyítója „holisztikusnak” írta le gyógyítási módját, eltérően definiálták a „holizmust” (azon kívül, hogy a redukcionizmus ellentétéként konceptualizálták). A „kulturális kreatív” HKO orvos a betegség és egészség pszichoszociális aspektusainak hangsúlyozásával utalt a holizmusra, míg az „ortodox” a meridián- és szervrendszerek teljes testet átfogó mivoltával, a betegség és egészség (fizikai) környezeti és életembeni aspektusainak hangsúlyozásával írta le. Bár voltak közös vonások a „kulturális kreatív” gyógyítók narratívájában, mindig sajátos értelmezési kerettel rendelkeztek, azaz eklektikus világképük egyedi kombinációban tartalmazta a különböző képzetvilágok és gyógyítási technikák elemeit. Az „ortodox” gyógyítók világképe, mivel orvosi szempontból „csak” a HKO és a biomedicina dialektikájából állt, jóval egységesebb képet mutatott.

A két gyógyítói csoport véleménye eltérő a nyugati medicina és HKO/KAM közötti együttműködés konceptualizációjában. A szinkretizmus diszpozíciójával bíró „kulturális kreatív” gyógyítók praxisukba sok KAM modalitást integráltak és hajlamosabbak voltak minden betegséget KAM által gyógyíthatónak vélni. Az „ortodox” gyógyítók ezzel szemben határozott kompetenciahatárokat állítottak fel valamely betegségtipológia vagy súlyosság/intenzitás alapján. Egy „ortodox” orvos szerint a HKO akkor hatékony, amikor „*még csak zörög a kocsi*”, de amikor „*már elromlott akkor a keleti [orvoslás] nem tud mit csinálni*” (O.É). Az „ortodox” szemlélet szerint a HKO és a biomedicina egymást kiegészítő módszerek: „*Mindig együtt kell alkalmazni, az egyik a másik nélkül nem ér semmit, egy együttes kölcsönhatás kell...és nem helyettesítik egymást*” (O.M). Egy „ortodox” orvos a két medikális rendszer összeegyeztethetőségét éppen különbözőségükben fogalmazta meg: „*Köze nincs a kettőnek egymáshoz, teljesen más szemlélet, tehát mindig összeegyeztethető, szerintem.*”

A tünetek a váltószámok...Mindig van átjárás szerintem. Van kommunikáció a két orvosi nyelv között, csak ahhoz ismerni kell mind a kettőt (O.C).

A gyógyítói szerep, az orvoskép is eltért a két csoportban. A „kulturális kreatív” gyógyító jóval nagyobb hangsúlyt fektetett a betegség pszichoszociális faktorainak feltárására, a beteggel való diskurzusra ezekről, és a beteg társas támogatásában való aktív részvételre. Egy gyógyító szavaival élve: *„Mert az szerintem már egy fél gyógyulás, ha úgy, olyan értő figyelemmel tudsz valaki felé fordulni, hogy egyrészt megnyílik, hogy bizalma lesz feléd [...] Én sosem szoktam így nagyon tanácsolni, hogy na most ha ilyen szituációban vagy akkor ezt kéne csinálnod, hanem valahogy, valahogy úgy kellene, vagy az a jó segítő beszélgetés, hogy ha...úgy vezeted a beszélgetést, hogy ő rájöjjön saját maga, hogy mi a problémájának a megoldása*” (O.E). Az „ortodox” csoportban lévő gyógyítók tartózkodtak attól, hogy az általuk szükségesnek ítélt mértéken túl érdeklődjenek vagy beleavatkozzanak a kliens pszichoszociális világába: *„Nyilván megkérdezem, hogy volt-e valami nagyobb stressz mostanában az életében, de...mélyre nem megyek...nem az én kompetenciám*” (O.L). Egy „ortodox” orvos arról számolt be, hogy bár sokszor a beteg igényt tartana arra, hogy átbeszélje pszichoszociális problémáit (melyet a beteg esetleg össze is köt a fizikai problémájával), ő mégis tartózkodik ettől: *„Megmondom neki kerek-perec, hogy ezzel nem tudok mit kezdeni*” (O.C).

A két csoport közti különbséget eklatánsan illusztrálja az, hogy miként definiálják a „csít” (qi), azaz az „energiát”, mely lényeges fogalom a HKO orvosi rendszerében. Abban mindkét csoport egyetért, hogy az akupunktúrás pontok a test meridiánrendszerében fellelhető kulcsfontosságú pontok, és hogy ebben a rendszerben egészséges állapotban az „energia áramlik”, betegség esetén pedig nem egyenletes az „áramlás” (pl.: túl sok energia, pangás, elakadás). De az, hogy milyen jelentéstartalma van a kínaiból lefordított „energának” már rendkívül eltérő lehet két HKO orvos között. A „kulturális kreatív” gyógyítók számos, számukra rokonszóval írták le a qi-t, mint például: *„Ez az erő, ami van, vagy energia vagy akármí...Isten, fény, bármi...szeretet*” (O.Z). Az „akármí” és „bármi” kifejezés nem az értelmezés hiányát jelöli, hanem éppen azt, hogy az értelmezési kereten belül – valamilyen implicit irányelv mentén – nagyon sok mindent „energiaként” azonosítanak. Mivel ezekben a narratívákban a „fény”, „Isten” és „szeretet” mind érzelem-alapú kategóriák, kongruens, hogy az energia maga

is érzelmi vonatkozással bír és specializált formát is ölthet, azaz valamilyen érzelmi töltetű lehet: *„Megnézem mondjuk ingával, hogy van-e neki áldozati energiája vagy olyan erőszak-energia, ami hozzá kapcsolódik. Én piszokul hiszek benne, hogy csak az történhet veled, amit energetikailag vagy félelemmel bevonzol”* (O.E). Tehát nem pusztán a betegség, de életesemények is kauzális kapcsolatban állhatnak a „kulturális kreatív” energia-koncepcióval. Ezzel szemben az „ortodox” energia-definíció tudományosabb retorikát alkalmazott, ahogyan ez egy orvos meghatározásában szerepel: *„Belgyógyászatiilag funkciót jelent, izomzat szintjén az idegek, erek és fasciák kapcsolata”* (O.C). Más „ortodox” definíciók szerint a qi *„életlani funkció”* (O.M), vagy *„belső szervi funkció”* (O.L). Az energia definiálása nem csupán szemantikai kérdés, hanem az orvosi attitűd esszenciája, ugyanis egyszerre szólítja meg az összes vonatkozó tartományt, a világképet, emberképet, betegségképet, egészségképet – vagyis, a HKO-ban betöltött sajátos helyzetéből kifolyólag, az energia-definíció mindezek vignettája.

A HKO rendelő legtöbbször esztétikai és proxemikai szempontból tükrözte az orvos attitudinális világát, és a kliens – lévén szolgáltatásról van szó – olyan rendelőkkel és orvosokkal elégedett, melyek a saját diszpozícióikkal kongruensek. A kutatás nem vállalkozott arra, hogy ezt a rendelő-orvos-beteg kongruenciát feltérképezze, de a terápiaválasztás mechanizmusaiban, illetve a konkrét gyógyító kiválasztásában, a vele való bizalomépítésben, e „filozófiai kongruencia” fontos szereppel bír.

4.4 Az orvos-beteg kapcsolat

A mintában szereplő legtöbb beteg családja vagy barátai ajánlására kereste fel a HKO orvost vagy rendelőt. Ritkább esetben az interneten vagy egyéb médiából értesültek a gyógyítóról. Ha egy ismerős ajánlotta az orvost, akkor már a vele való találkozás előtt az iránta érzett valamilyen mértékű bizalom adott volt. Ha a médiából értesült a beteg a gyógyítóról, a presztízs és szakmai hozzáértés volt valamennyire adott a találkozás előtt.

Az orvos-beteg kapcsolat és a benne lévő szerepek nagy variabilitást mutattak, ahogyan ez a konvencionális medicina berkeiben is megfigyelhető. Vannak olyan HKO gyógyítók, akik a betegre fordított idő és figyelem fontosságát hangsúlyozták: *„Nem azt mondom, hogy ne járjon az ember orvoshoz, de én például nagyon jó kiegészítés vagyok, olyan dolgokat tudok nyújtani, amit egy orvos nem. Például, hogy*

meghallgatom a beteget, van időm arra, hogy kényelmesen el tudja mondani mi a panaszja” (O.T). Ugyanígy a betegek nagy része a gondoskodást és figyelmet jelölte meg legfontosabb szempontként az orvossal való kapcsolatban és közvetetten a terápiaválasztásban. Ahogy egy beteg fogalmazott: *„Tehát ott a kezelő személyzet, mindenki kedves a betegekhez. És ez nagyon jó egy beteg részéről, hogy felszabadultan tud gondolatot cserélni vele, mert az kell. Tehát mertem rákérdezni, hogy most mit kezel, most mi lesz a következő lépés? Ezt egy [konvencionális] orvosnál nem tudod megcsinálni”* (P.S.). Más orvosok a társas támogatást hangsúlyozták: *„Szerintem, az emberek viszonylag keveset beszélgetnek [...] sokan jönnek úgy ide, hogy otthon tők egyedül tengeti a napjait, senki rá nem nyitja az ajtót, és nincs úgy kapcsolata az emberekkel. És jól esik megosztani mással a problémáját”* (O.E). Ugyanígy a betegek nagy része a személyzet felől érzett gondoskodást, valamint a rendelőben érzékelt társas támogatást kulcsfontosságúnak tartotta.

A gyógyító és beteg szerepei is rendelónként, interakciónként eltérők voltak. Egyes orvosok és betegek a kiegyenlített mértékű kontrollt és dominanciát preferálták, ez megnyilvánult abban, hogy a beteg vezette a konzultációt, azaz ő határozta meg a beszélgetés tartományait, tempóját és hosszát, számos kérdést tett fel és következtetéseket vont le. Más esetekben az interakcióban (vagy az egész kapcsolatban) a beteg inkább preferálta a passzívabb szerepet, mely megragadható az olyan, kezelés alatt megfogalmazott kijelentésekben, mint *„Jaj, csak gyógyítsanak meg!”* vagy *„Doktor Úr, ugye sikerülni fog?”* (TN). Ugyanígy vannak olyan HKO orvosok, akik preferálták a több kontroll gyakorlását, akik nem pusztán kérdeztek vagy tanácsoltak, hanem konkrét terápiás utasításokat adtak a betegnek a kezelések között lévő időszakokra. Voltak orvosok, akik elmagyarázták a betegnek a kórfolyamatot és a kezelések részleteit, de mások nem tették ezt, csak a kezelendő szervet tették explicitté (4.5 pont). Mindkét esetben betegek döntő többsége preferálta orvosuk attitűdjét és munkavégzését, de mindkét esetben voltak olyan betegek, akik szóvá tették elégedetlenségüket (pl.: részletesebben is elmagyarázhatta volna, hogy mi a probléma vagy a teendő) (TN).

A leggyakrabban említett bizalomépítési tényezők a *„lelkiismeretes”* orvosi hozzáállás, valamint az orvos kompetenciájának több forrásból való alátámasztása. Egy páciens elmondása szerint éveken keresztül ízületi és bőrproblémákkal küzdött, melyeknek a konvencionális medicinában, számos lelet ellenére, nem találták okát. A

beteg „*elutasítást*” érzett, amikor nyugati orvosai „*tanácstalanok*” voltak és ekkor fordult egy ajánlott akupunktórhöz, aki felé táplált bizalmát a találkozás után így írta le: „*Az [akupunktőröm] különleges egyéniség és bizalmat éreztem [...] nem azt mondta, hogy nem tudom, vagy...elzárkózom most már, mert az én tudományom véges és nem látok kiutat, hanem úgy állt hozzá, hogy meg akart gyógyítani engem. Láttam a szemén ahogy...ahogy így behatol az agyába és keresi a megoldást. Tehát együttműködőkész volt velem, mondhatom azt, hogy áldozott értem [...] lelkiismeretes volt*” (P.É.). A „*lelkiismeretességet*” egy másik interjúalany egy általa jó gyógyítónak tartott konvencionális orvos leírására ugyanúgy alkalmazta: „*Lelkiismeretes volt. És hogy mondjam? Nem a doktor volt, hanem az ember az emberrel szemben, és ezt nagyon sok ilyen beteg elmondja, akinek kapcsolata van vagy volt ezzel az orvossal*” (P.S.). Tehát, számos beteg narratívájában a „*lelkiismeretesség*” és az orvosi kompetencia több forrásból való visszatükrözése meghatározó volt az orvosi megítélésében, a bizalomépítésben és az orvos-beteg kapcsolatban. A „*lelkiismeretesség*” definíciója, a bizalomépítésben közrejátszó faktorok és ezek hasonlósága a különböző gyógyítási modalitásokban, fontos potenciális kutatási témát képeznek.

4.5 Orvosi konzultáció

A résztvevő megfigyelés során összesen 49 betegfelvétel és első orvosi konzultáció került dokumentálásra. Az interakciók túlnyomó részt kétszereplősök voltak, az orvos és a beteg, ritkább esetben a beteg házastársa, illetve fiatal betegeknel egy szülő volt jelen. A konzultációk egy, a kezelőhelységtől elkülönített, az orvos számára fenntartott szobában történtek és átlagosan 20 percet vettek igénybe. A legrövidebb konzultáció 7 perc volt, a leghosszabb 55 perc. Az interakciók állandó mozzanatai a következők voltak: a beteg prezentálta panaszait (és/vagy nyugati diagnózisát, diagnózisait), az orvos felvette az anamnézist és különböző kérdéseket tett fel, az orvos HKO-specifikus diagnosztikával állapotfelmérést végzett, az orvos felállította a HKO-specifikus diagnózist és javaslatot tett a kezelés folyamatára. Alább ezek következnek röviden.

A betegek prezentációjának módja változó volt. Esetenként csupán a konvencionális leleteket és a diagnózist mondták el, máskor pedig kiegészítették ezeket saját értelmezéseikkel és egyéb oki tényezőkkel. Volt két olyan beteg, aki visszautasította a nyugati diagnózist azzal, hogy szerinte nem ez a betegsége. A

megfigyelt konzultációk alatt egyik HKO orvos sem vonta kétségbe a konvencionális orvoslás nozológiáját, amennyiben a beteg már rendelkezett diagnózissal. Ha a beteg funkcionális zavarról számolt be, és mindaddig a biomedicinában nem találtak a panaszra organikus okot, HKO-specifikus diagnózist kapott a problémára. Az anamnézis felvétele orvosonként eltérő módon történt, de mindegyik esetben jegyzetformátumban feljegyzésre került a beteg kórlapjára és HKO-specifikus kérdések is kísérték (pl.: *„Mennyire bírja a hideget?”* vagy *„Milyen étrendet követ?”*). Az interakció e mozzanata során a betegek nagyrésze, különböző mértékben, beszélt pszichoszociális panaszairól is, olyan szereplőkről, körülményekről, eseményekről, melyek véleménye szerint hozzájárultak jelenlegi állapotához. Leginkább hangsúlyos téma volt a családi dinamika (gyermek/házastárs leírása) és az életteret érintő fizikai környezet (víz vagy levegő minősége stb.). A leírások sokszor a laikus oki teória részét képezték, de nem kerültek részletezésre, csupán, mint *„stresszt”* okozó, betegséghez vezető körülmények jelentek meg.

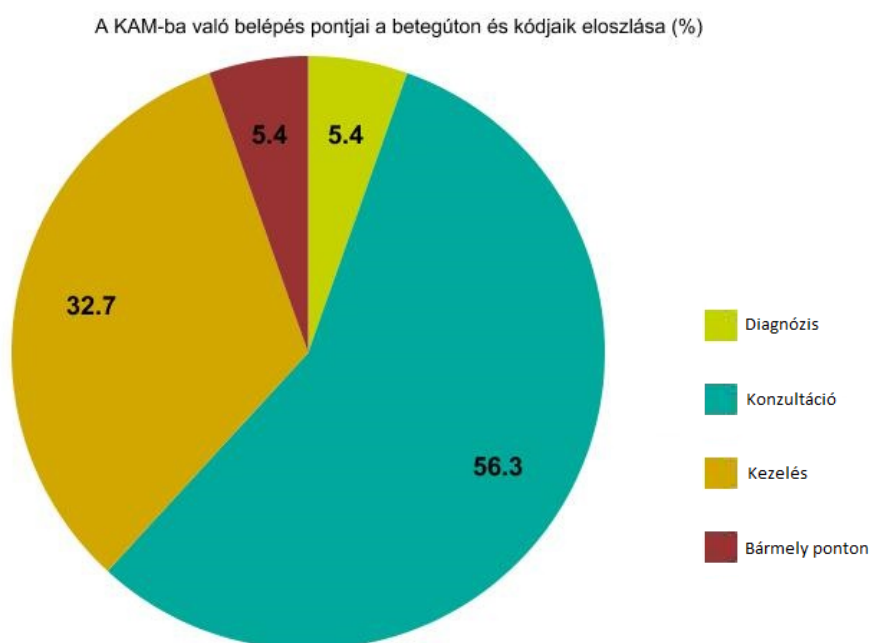
A HKO rendelkezik medicina-specifikus diagnosztikus eljárásokkal: nyelvdiagnosztika, pulzusdiagnosztika és a test, különböző szempontok szerinti szemrevételezése. A HKO-specifikus eljárások némely esetben kiegészültek egyéb modalitásokhoz tartozó diagnosztikus technikákkal, mint például ingával és izomteszttel. Az adott orvos a lehetőségek valamely konstellációjában végezte a diagnosztikát, de a pulzusdiagnosztika mindenképpen része volt, melyből hasonló következtetéseket tettek explicitte: *„Sok nedvesség, csúszós pulzus”* vagy *„A pulzus a test felső részén gyenge, hiányos”*. A HKO-ban általában három „mélységben” nézik a beteg pulzusát, tradicionálisan 28 (mások szerint 40) diagnosztikus alapkategória létezik (TN). A különböző diagnosztikus eljárások után az orvos felállítja a HKO-specifikus diagnózist, mely különböző formákat ölthet (TN). Lehet 1) pusztán egy *„gyenge”* (problémás) szerv vagy szervrendszer megnevezése (pl.: *„gyenge vesefunkció”*), 2) egy kórosnak ítélt összefüggés megnevezése (pl.: *„A szemével és a gyomrával lehet összefüggés”* vagy *„A májfunkció áll mögötte...persze a csontvelő is, az meg a vese...mindez később okozhat magas vérnyomást is”), 3) a konvencionális medicina által felállított diagnózis adaptálása, 4) HKO-specifikus retorikával (5 fázis, 5 elem, yin-yang stb.) magyarázott, nozológiai kategória nélküli leírás (pl.: *„rendellenes irányba áramló qi”, „Ez a betegség yang energia hiánya miatt van”*) és végül 5) egy HKO-*

specifikus metafora (pl.: a térdízületi problémát a „*bent rekedt a hideg*” okozza). Bármelyik közléstípusban elhangzó etiológiai elképzelés kiegészülhet pszichoszociális faktorok hangsúlyozásával, mint: „*Hosszútávon anyagcsere probléma, de alapvetően nem a vese, hanem mély lelki háttere van a dolgoknak, gyerekkortól. [...] A háttérben pszichés tényezők vannak*” (TN). De lehet pszichoszociális faktoroktól mentes magyarázat is. A diagnózis felállítása, annak közlésformája és az etiológia megfogalmazása orvosonként eltért. A betegfelvétel és az első konzultáció utolsó mozzanata a kezelés folyamatának és részleteinek tisztázása volt. Itt is nagymértékű variabilitás volt megfigyelhető. Egyes orvosok elmondták a betegnek a megszűrandó akupunktúrás pontokat és hogy mire hatnak, várhatóan hány kezelésre lesz szükség, hogyan zajlik majd a kezelés, és mit fog érezni a páciens, míg a másik véglet szerint ezen információhalmaznak csupán elenyésző részét közölték a beteggel.

Összegzésül, az eredmények alapadatait tárgyaló alfejezet a minta szociodemográfiai jellemzőit részletezte. Ezek után a HKO rendelők proxemikai és szociokulturális környezetének, valamint a HKO orvosok leírása következett, melyek kapcsán a „kulturális kreatív” és „ortodox” tipológia került ismertetésre. Végül a HKO rendelőkben megfigyelt orvos-beteg kapcsolat és konzultáció kerültek jellemzésre. Az eredmények következő része az induktívan kialakított kódok részletezését foglalja magában.

5. Eredmények – A KAM-ba való belépés lehetséges pontjai (PJ kódrendszer)

A PJ kódrendszer célja átláthatóvá tenni azt, hogy a betegek a betegút mely pontjain kezdték el alkalmazni a HKO-t, mint komplementer vagy alternatív terápiát. A betegút alább feltüntetett időrendje és szakaszai nem minden betegnél egyeznek, de mivel a kódrendszer induktív kódolású, minden beteg KAM-használata besorolható valamelyik kód alá. A betegút főbb szakaszai: a nyugati medicina diagnózisa (PJ.D), az orvosi konzultáció (PJ.C), a nyugati kezelések (PJ.T), a betegúttól függetlenül felmerülő „belépési” lehetőségek (PJ.A), mint például a kíváncsiság-vezérelt KAM-használat. A PJ főkédek nem zárják ki egymást, hiszen elképzelhető, hogy egy beteg nem kapott diagnózist (PJ.D.1), hanem az orvosi konzultációk során kezdte igénybe venni a KAM-mot. Alább a PJ kódrendszer példákkal illusztrált fő- és alkódjai kerülnek ismertetésre, valamint olyan EM alkódok, melyek szorosan összefüggenek a PJ kódokkal (EM.H.7, EM.W.1, EM.H.7). Az alábbi ábra az etnográfiai anyagban lévő információ eloszlást, azaz fő PJ kódok eloszlását mutatja (százalékok a narratíva-elemszámok alapján, 100% = a teljes etnográfiai anyag). Az alábbi ismertetésben szereplő információ mennyiség és differenciáltsága az etnográfiai anyag szerinti arányos közzététel, de nem jelzi a jelenségek általános prevalenciáját vagy az altémák fontosságát!



Ábra 1: PJ kódok eloszlása az etnográfiai anyagban

5.1 Diagnózis

A mintában szereplő betegek 85,7%-a először a nyugati orvosláshoz fordult panaszaival (4.1 pont), így a betegúton legtöbbször az első lehetőség, ahol a beteg a KAM-ra térhet át, az a diagnózis felállítása kapcsán történhet: nem rendelkezik diagnózissal (PJ.D.1) vagy visszautasítja a kapott diagnózist (PJ.D.2). Gyakran a beteg számos lelet birtokában érkezik a HKO rendelőbe, de *„minden eredményük negatív”* (TN), mégis a beteg panaszokkal, funkcionális problémákkal küzd, mint például végtagok zsibbadása, fejfájás, szédülés, alvászavar vagy különböző fájdalmak.

A PJ.D.1 kód hozzájárulhat egy később bekövetkező KAM-belépési ponthoz: a beteg csak átmenetileg nem rendelkezett diagnózissal, és a bizonytalanságban töltött idő prediszponálta őt arra, hogy bizalmatlan legyen a nyugati orvoslással szemben és máshol keressen megoldást. Egy hölgy kezízületein látható elváltozások voltak, fájdalomra panaszkodott, viszont a labor eredményei nem mutattak gyulladást. Számos specialistánál járt, több krémet és gyógyszert felírtak neki, de a beteg szerint: *„...az volt, hogy nem tudják, mi az oka, de gyógyíthatatlan”* (P.I.). Mivel több orvos tanácstalan volt a betegséget illetően és nem használtak a kipróbált gyógymódok sem, a beteg a diagnózis felállítása után is bizalomvesztett állapotban maradt: *„utána már úgy voltam vele, hogy felesleges elmenni az orvoshoz, minek?”* (P.I.)

A nyugati diagnózis visszautasítása (PJ.D.2) két speciális esetben volt megfigyelhető, az egyik egy limfómával küzdő beteg volt, aki a HKO orvostól megtudta, hogy betegsége nem minősül *„ráknak”* a hagyományos kínai orvoslásban (TN), és így bilaterális diagnózissal rendelkezett. Mivel a daganatos betegségek stigmája, terápiás programja és asszociációs képei jelentős problémát okozhatnak, a beteg hajlott arra, hogy a HKO betegség-meghatározását fogadja el inkább, de teljesen nem tudta visszautasítani a nyugati nozológiát. A mintában szereplő másik esetben a férfit egy általa nem beazonosított *„szívbetegséggel”* (P.J.) diagnosztizálták, amire az orvos rögtön gyógyszert írt fel, melyet a beteg *„megérzés”* alapján ki se váltott. A beteg meggyőződése volt, hogy az orvos pusztán azért diagnosztizálta ezzel a betegséggel, hogy a gyógyszert felírhasse neki, amivel anyagi haszonra tett szert. Így a diagnózis visszautasítása ez esetben egy speciális attitűdhez kapcsolódik (6.3.3 pont).

A diagnózis elfogadása, valamint az, hogy a diagnózis felállítását a betegek a nyugati orvoslástól várják, arra mutat, hogy a tekintély egészségügyi kérdésekben egyértelműen a nyugati orvoslásé. Ugyanakkor az adatok azt is jelzik, hogy minden beteg szükségét érzi annak, hogy panaszai a nozológiai besorolás révén tünetekké konstruálódjanak, melyekre gyógyírt remélhet. E folyamat nélkül (diagnózis felállítása, azaz egy nozológiai kategóriába való besorolás aktusa), konkretizált betegség hiányában, nem kezdődhet meg „a betegség kezelése” és a beteg tehetetlenségéből fakadó stresszt és bizalomvesztést élhet át. Ahogy egy interjúalany fogalmazott: *„Amikor diagnosztizáltak, akkor úgymond meg lettünk elégedve azzal, hogy na végre valamit találtak! Tehát elvileg rossz az, amikor diagnosztizálják az embert, hát én nagyon örültem, hogy végre valamit tudunk. Tehát hogy amikor elmentünk gyerekkoromban orvoshoz és »nem látunk semmit« és hazaküldtek és pont ugyanolyan rosszul voltam, az sokkal rosszabb volt”* (P.D.).

A diagnózis nélkül maradt beteg számára az eltérő orvosi koncepciókkal és eljárásokkal rendelkező KAM előidézhetheti annak érzetét, hogy „jobb rálátása” van egészségügyi állapotára, „többet tud”, „közelebb áll” a megoldáshoz. Ilyetén a KAM, attól függetlenül, hogy hatásos gyógyírt tud-e nyújtani vagy sem, a gyógyulás (vagy legalább a megnyugvás) érzetével hathat a betegre, illetve saját egészségével kapcsolatos ágenciát okozhat (TN).

5.2 Orvosi konzultáció

Az orvosi konzultáció főként a leginkább prevalens az etnográfiai anyagban, az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi helyzetére, körülményeire való utalásokat foglalja magába, valamint a specifikus orvosokkal történő kommunikáció narratíváit. Az adatok arra szolgálnak, hogy bemutassák, milyen kielégítetlen igényeket fogalmaz meg a beteg, milyen orvos-beteg interakciók maradnak meg emlékezetében, és milyen orvosi kommunikációs területeket nevez meg, melyek szerepet játszottak a KAM-hoz való fordulásában és e döntés megalapozásában. A „kielégítetlen igények”, „a bizalomvesztés módjai” és „a bizalomvesztés következményei” analitikus kategóriák, vagyis az alkódok csoportosításai, melyek az eredmények strukturáltabb közlése miatt kerültek kidolgozásra; a három analitikus kategória az összes, Orvosi konzultációhoz (P.J.C) kötött alkódot tartalmazza.

5.2.1 Kielégítetlen igények

A kielégítetlen igények a legtöbb beteg esetében táptalajául szolgálnak a bizalomvesztésnek, de önmagukban ritkán a döntés kizárólagos tényezői. Előbb e háttértényezőkről lesz szó, majd a bizalomvesztés módjairól (5.2.2 pont) és lehetséges következményeiről (5.2.3 pont). Hangsúlyozandó, hogy a betegek narratívájában összekapcsolódhat az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalt kielégítetlen igény azokkal a jellemzőkkel, melyeket a KAM kezelőhelységek szociokulturális környezetében megbecsülnek. Így alább is vegyesen, egymást párhuzamba állítva kerül ismertetésre a betegek által leírt két viselkedési környezetben tapasztalt élményvilág.

Az egészségügyi személyzet gondoskodása (P.J.C.1.1) és az orvos a páciensre irányított figyelme (P.J.C.2.1) jelentősen eltér a két szociokulturális környezettípus leírásában. A biomedicina, a kórházi ellátás és az egészségügyi rendszer sokszor negatív megítélésében nem feltétlenül a fizikai környezet és körülmények vannak előtérben, hanem a figyelmetlenség és az ebből fakadó következmények, melyekért a beteg nem érzi, hogy kompenzálták. Például, egy beteg beszámolt arról, hogy prosztatara rákkal kivizsgálásra ment, és később látta papírján, hogy vesedaganatot állapítottak meg. A beteg HKO orvosa telefonált végül a nyugati orvosnak, hogy tisztázza a kérdést, és az orvos asszisztense a beteg elmondása szerint annyit mondott, hogy *„Ja, nem! Bocs, csak elírtuk!”* (TN) Egy újabb példában, egy beteg arról számolt be, hogy egy másik páciens CT CD-jét rakták be az ő leletei közé, amit csak otthon vett észre, majd visszavitte a kórházba *„és se az, hogy köszönöm...kész dobta arrébb. Szóval így, így vigyázunk egy betegnek a dolgaira?”* (P.Gy.) Érzékelhető a betegek narratívájában, hogy a kisebb, de szó nélkül hagyott figyelmetlenségek komoly okai a bizalomvesztésnek.

A betegek gyakran említették a HKO kezelőhelységek *„jó hangulatát”,* a *„mosolygós”* személyzetet, és hogy ezért *„itt nem érzik [magukat] betegnek”* (TN). Egy páciens hangsúlyozta, *„itt mindenki mosolyog és ez annyira jó dolog...a környezet nagyon fontos a gyógyulásban, és a szimpátia fontos a bizalom kialakulásában”* (TN). Ezzel ellentétes a kórházak és ellátóhelyek várótermeinek leírása: *„hogy ott mi beteg van!”* (P.É.), *„Csak kórházba ne kelljen soha menni”* (TN). A HKO kezelők hangulata, a betegek egymással és a személyzettel való interakciója, szorosan összefügg a társas támogatás jelenségével is (7.3.1 pont).

A betegek narratívájában a gondoskodás és a figyelem még megjelenik a HKO kezelések „személyre szabott” jellegében is, fontos, hogy a HKO orvossal személyes kapcsolatot ápolnak, melyben a kedvesség és közvetlenség kiemelt tényező. A személyes kapcsolat erejét jelzi, hogy egyszer egy kezelőhelységben helyettes HKO orvos tartózkodott és aznap számos beteg lemondta a kezelést, mondván, hogy csak a saját akupunktőrüktől gyógyulnak. Az orvos-beteg kapcsolat jellege a terápia hatékonyságának szubjektív megítélésében is jelentős szerepet játszik, nem csupán a HKO kezelések, hanem a konvencionális kezelések kapcsán is (7.2.5 pont). Előbbire jó példa, hogy egy láb- és gerincfájdalomra panaszkodó hölgy, aki sokadik kezelése után jelezte, úgy érzi, mint ha „*le akarna szakadni*” a lába és kissé szemrehányó hangnemben hozzátette, hogy „*ha van értelme, akkor jövök, no de...van?*” Miután a HKO orvos több percig beszélt vele, újból megvizsgálta, és egy másik akupontját is megszurta egyfajta „*utókezelés*” gyanánt, mire a hölgy megnyugodva mondta: „*Ez nem a maga hibája, ön jól szúrt...csak ez a szörnyű fájdalom*” (TN). Tehát a panasz fennállása ellenére a páciens továbbra is bizalmat érzett a HKO orvos és a medicina felé, mely nagyban az orvos-beteg kapcsolatnak volt köszönhető.

A gondoskodás és figyelem fontos megjelenése a testi kontaktus, mely a nyugati medicina távolságtartásával állítható szembe. A HKO eljárásai számos ponton indikálják a pácienssel való testi kontaktust, mint például fő diagnosztikai módszere, a pulzusvizsgálatnál, a tűk pontos beszúrási helyének a beteg testén való kimérésekor (cun), és kiegészítő kezeléseknél, mint az akupresszúránál vagy masszázsnál. E fenti medicina-szintű kontaktus-teremtésen kívül több HKO rendelőben a személyzet hangsúlyt fektet a betegekkel való testi kontaktusra, mint gondoskodásuk vagy empátiájuk kifejezésére, így például a páciens kezének vagy vállának megérintésére. Ez nem minden vizsgált rendelőben volt a viselkedési környezet része vagy jelentős igény betegek részéről, jellemzőbb volt a társas támogatást és/vagy pszichoszociális etiológiát hangsúlyozó rendelőkben.

Sok beteg narratívájában a testi kontaktus vagy a közvetlenség inverzeként a konvencionális orvoslás távolságtartása jelent meg:

„P.S.: *Igen, az *akupunktőr neve*, az emberközeli. A doktor úr, az meg utálja a beteget.*

Sz.: *Mármint általában, a doktor úr?*

P.S.: *»Már megint mennyien vannak a rendelőben, te jóisten! És nekem már kanasztáznom kellene valahol,« vagy mit-tudom-én micsoda, »és nem fogok odaérni időben!« És, tehát meg van az a lépéstávolság betartása nagyon sok doki részéről.»*

A narratívareszlet arra világít rá, hogy a beteg úgy érzi, a konvencionális orvost nem altruista szándék vezérli a gyógyításban, hanem egyfajta kötelességtudat, melyet szívesen elhagyna, és mindezt összekapcsolja egy olyan viselkedéssel, melyet távolságtartásnak ítél.

Az idő tényezője is jelentősen hozzájárul a HKO betegek körében megfogalmazódó, a bizalomvesztés táptalajául szolgáló, kielégítetlen igényekhez, egyfelől a kezelésre/eljárásra szükséges várakozási idő (P.J.C.1.4), másfelől az orvossal töltött idő (P.J.C.1.2) tekintetében. A betegek tapasztalatában gyakran sokat kell várni a konvencionális beavatkozásra vagy vizsgálatra (TN), de ugyanakkor sokan megemlítik azt, hogy ha külön fizetnének a szolgáltatásért, akkor azonnal ellátnák őket:

*„A kislány[om], összevissza telefonált mindenhova, hogy hova tudnánk menni CT-re azonnal vagy másnap. És képzeld el, hogy negyvenkilencezer forintért a *kórház neve* másnap reggel nyolcra mehettünk volna. Ezt míg élek sose fogom elfelejteni, de a dokinak két hét múlva adtak időpontot, negyvenkilencezer forintot mondtak [a lányomnak], hogy annyit vigyünk és reggel nyolcra már oda lehet menni.” (P.Gy.)*

Az ilyen, tisztázatlan helyzetek a gyógyítás és a pénz viszonyában jelentősen hozzájárulnak az ellátórendszer iránt érzett bizalmatlanság kialakulásához (6.3.3 pont).

A beteg a várakozási időt gyakran túl hosszúnak, míg az orvossal töltött időt rövidnek érezte. A páciensek narratívájában a konvencionális orvosi konzultációban töltött idő rövidegének nehezményezése gyakran együtt szerepelt azzal, hogy *„rosszul kezelik”* a beteget. Az elégtelennek ítélt konzultáció a betegben gyakran azt az érzést keltette, hogy az orvost nem érdekli, az orvos és az egészségügyi személyzet figyelmetlen, megbízhatatlan, és emiatt a szakmai tekintélyét, szakmai hozzáértését is megkérdőjelezte (5.2.3 pont). Az alábbi vignetta ezt az érzelem-alapú asszociációs halmazt igyekszik illusztrálni. A beteget rekeszsérvvvel műtötték, az eltávolított epehólyagban daganatot találtak, mely a nyirokcsomókra áttétes lett. A következő idézet a második műtét utáni történéseket írja le, egy újabb rekeszsérvműtét előtt állva:

„Sz.: Azt mondtad, hogy azt nem akarnád megműtetni, miért?

P.Gy.: Egyelőre most nem [...] nem tudnám, hogy kihez menjek. Megmondom neked őszintén lehet hogy nagyon-nagyon nagy tudású a doki. Én nem kétlem, én nem mondhatok semmit, mert egyébként is egy laikus vagyok, de hallod, mikor [...] a kórterembe akkor láttam meg a főorvos urat, mindennap láttam, de vagy harmincan bejöttek a szobába, el se fértek, a nagy vizitet mikor tartotta, egyébként szinte elérhetetlen, könyörgöm, hát, hát tudni szeretném mi történt velem a műtéten és már akkor úgy szoltam neki – ez már a második után volt –, hogy főorvos úr nem tetszene nekem valamit mondani, hogy mégis mi van velem, mi történt a műtéttel?

Sz.: Hogy volt ez, hogy vége volt a műtétnek te felébredtél és utána mennyi...?

P.Gy.: Semmi, másnap reggel a nagy vizitnél, de akkor már nem tudunk beszélni se, akkor elmondja a többieknek, hogy mi van velem és megy a további ágyakhoz. Akkor ugye mondom neki, hogy – mert azért nagyon szeretném tudni, hogy mi volt előtte már vagy három-négy nappal voltam műtéten. Annyit mondott, hogy – ez a folyosón – nagyon sajnálom, de – azt mondja – nem tudtuk megoldani – azt mondja – a problémát, nagyon szét vannak szóródva és nem mertem tovább műteni, mert – azt mondja – akkor itt belehalt volna a kórházban, így mondta. [...A nővérek] be se jöttek, hiába kértem, hogy ugye figyelmet, majd ha lecsöpög, mert ugye katéter bent, cső bent, az orromba a cső bent. Úgyhogy a katéter, képzeld el, hogy úgy volt berakva, hogy már másnap éreztem, hogy valami nem stimmel, és ugye hogy lógott a cső szanaszét [...] el volt ájulva az a nővér, aki – bocsáss meg, hogy ezt mondom – normálisabb volt, hogy mit keres itt négy branül? [...] Be se bírtam a kezemet se hajlítani, mert ugye rossz volt, mellészúrták gondolom én, akkor nem voltam fönt. Itt a kezembe a másik szanaszét volt, mellé volt folyva az infúzió, be volt tőle dagadva...”

A kórházi körülményeket és az ellátás eseményeit a beteg negatívan élte meg és negatívan értelmezi narratívájában, mely interpretációt jelentősen befolyásolta, hogy úgy érezte nem kapott kellő figyelmet orvosától, legfőképpen az zavarta, ahogy a műtét sikertelenségéről értesült. Mindennek eredménye, hogy a beteg megkérdőjelezte az ellátó személyzet, adott esetben az orvos szakértelmét. Ez a bizalomvesztett állapot jelentős tényező a KAM-hoz való fordulásban.

A HKO orvosok tekintetében a betegre irányított gondoskodás és figyelem terén eltérő szociokulturális tényezőket és viselkedési mintákat azonosíthatunk (4.3 pont), de a HKO orvos-beteg kapcsolatban a betegek általában szabadabbnak és közvetlenebbnek érzik a kommunikációt (5.2.2 pont).

Fontos hangsúlyozni, hogy 1) a HKO világában is számos típusba sorolható orvos-beteg kapcsolat létezik, 2) adott esetben a HKO kezelőhelységek viselkedési környezetében is fellelhető a bizalomvesztés, 3) egy narratívában nem lenne feltétlenül szükséges a kórházi ellátás/tapasztalatok mellé helyezni a KAM világának leírását, és 4) nem egyértelműen ellentétes jelenségekként kell feltüntetni a biomedicina és a KAM szociokulturális környezetét és az abban tapasztalt eseményeket. Ugyanakkor sokszor mind a négy fenti pont megnyilvánul a betegek egészségügyi ellátásukkal kapcsolatban megfogalmazott igényeiben.

5.2.2 A bizalomvesztés módjai

A bizalomvesztés táptalaját a betegben megfogalmazódó igények kielégítetlensége adta, de ezek egyik páciens esetében sem járultak hozzá közvetlenül ahhoz, hogy valamilyen mértékben elforduljon a biomedicinától. Ellenben az orvosi kommunikáció döntő szereppel bírt terápia választásukban. A beteg és az orvos/egészségügyi dolgozó közötti kommunikáció megnyilvánul a szavak szintjén (szemantika) és a jelentések szintjén (szemiotika). Alább az e két tartományban kódolt adatok kerülnek ismertetésre. Újra hangsúlyozandó, hogy a kutatás nem terjed ki arra, hogy mi történt a valós orvos-beteg interakcióban, pusztán azokra a narratívákra nyújt rálátást, melyekben a beteg visszaemlékszik az orvossal/egészségügyi dolgozóval való beszélgetésére.

Szemantika és korlátlan narratíva

A szemantika (PJ.C.2.3) témaköre elsődlegesen az orvosi szóhasználattal kapcsolatos, de jelentős, korreláló alkód a „korlátlan narratíva” (PJ.C.1.5), mely a betegek közlési igényét jelzi. A két alkód adatai az alábbi módon tematizálhatók: nehezményezett orvosi szóhasználat, tájékoztatás hiánya, kérdés lehetősége, és a szabad narratíva lehetősége. A narratívák azt mutatják, hogy ezek bármelyike a

betegben potenciálisan bizalomvesztést okozhat. Alább e csoportosítás részletei és példák következnek.

Több beteg-narratíva köti össze az orvos konkrét szóhasználatával a bizalomvesztést, legtöbbször a diagnózis vagy a prognózis közlése kapcsán. Ezek az adatok mind egyedi esetleírások, mint például P.I., aki az ujjain jelentkező ízületi betegségéről az egyik orvosával folytatott beszélgetés részletére így emlékszik vissza: *„Ez a második doktornő, na, mondjuk ezen is kiakadtam, hogy oké, én értem, hogy így van, de hogy lehet ilyet mondani egy betegnek? Tehát közölte velem, hogy [...] ez meg van vastagodva, meg egy kicsit el van már deformálódva, majd egy idő után a fájdalom az megszűnik, és akkor csak egy ilyen szép görcs marad az ujjam. Tehát hogy mondhat egy doktornő ilyet egy betegnek?”* A beteg az orvos szóhasználatát és „stílusát” egyaránt nehezményezte és megszakította vele a kapcsolatot.

A következő szemantikai alcsoport a tájékoztatás hiánya, mely a betegek eseteit elemezve számos területen felléphet: a beteg úgy érzi, az orvos nem tájékoztatta őt kellőképpen saját betegségéről, kezelésének módjáról, a konvencionális terápiát kiegészítő vagy helyettesítő kezelésekről, illetve saját gondolatmenetéről a beteg kezelése kapcsán. Egy beteg elmondásában: *„Nem, tapasztalom a szememmel, hogy probléma van [...] járok kontrollra is...hát ott, hogy mi beteg van! És valóban úgy kezelnek bennünket, mint egy káposztafej és...nem is tájékoztatnak a...a betegség milyenségéről, mélységéről, gyógyíthatóságáról...kérdzek valamit, hogy mit tudok tenni én is a gyógyulás érdekében, és...és az, hogy »semmit, semmit«. És »mitől kaptam«, »miért fejlődött ki« - mert öreg vagyok.”* (P.É.) Látható, hogy az interjúalany információhiányt jelez azzal kapcsolatban, hogy betegségét hogyan értelmezze és kezelje. Úgy érzi az orvos „visszautasítja” és a korára fogja a problémát, nem válaszol a kérdéseire. Az alábbi példa egy összetettebb vignetta, mely azt a szituációt írja le, amikor a beteg második kemoterápiás alkalma után rosszul lett és lánya visszakísérte az orvoshoz:

„P.Gy.: A kislányom akkor aznap – ami gyakorlatilag még inkább berakta a kaput – aznap engem [...] kiküldött, hogy ő beszéljen velem négy szemközt, hátha ő megy velem valamire. Szerette volna megtudni, hogy mi történik, ha nem bírom. Vagy egyáltalán hogy fogom, túlélem ezt az egészet vagy mi, mi? Ilyenkor az

embert minden érdekel, hogy tisztába legyek vele, hogy ne legyek bizonytalanságban. És annyit mondott neki, hogy »Nézze semmi nem kötelező«.

Sz.: Tehát nem válaszolt ezekre a kérdésekre?

P.Gy.: Nem. Itt rakta be a kaput. [...] Én hiába kértem, én nem kaptam soha tőle érdemleges választ, hiába kértem szóval szerettem volna, ha egy kicsit megnyugtat, hogy igen, túl lehet ezt élni, de ha még ezt meg lehet próbálni, ha kérdeztük tőle, hogy a C-vitamin nagy adagba, ezt hallottuk, azt hallottuk (az orvos hangját utánozva) »Hát csak pénzkidobás, ha van ennyi pénzük, csak vegyék meg, úgyse használ«.

A vignetta illusztrálja, hogy a beteg (saját rekollekciójában) kérdésekkel fordult az orvoshoz több alkalommal is, melyekre sem a konvencionális terápia, sem a kiegészítő termékek kapcsán nem kapott kielégítő választ. Fontos az eset folytatását illetően, hogy a narratívareszletben szereplő beszélgetés után a beteg nem ment vissza harmadik kemoterápiás kezelésére, az orvos tájékoztatása nélkül megszakította a folyamatot, valamint a vele való kapcsolatot is. Az ilyen, komplex tényezőkön alapuló betegmagatartás egyenes következménye az alternatív kezelésekre való áttérés, hiszen a beteg szándéka meggyógyulni.

Több beteg igényt mutat az orvos gondolkodásának nyílttá tételére is, ahogy egyikük fogalmazott: *„És...az orvosokra jellemző, hogy a tudományukat ő...megtartják belül...az agyukban, és kifele, a beteg fele – nem lealacsonyító, nem erről van szó – olyan, nincs idejük, rövidre zárják, és [...] még az útkereséseiket sem ismerem, nem is kell elmondani mindenkinek – bizonyára beteg válogatja, hogy kinek-mit mondhatnak el – de én olyan állapotban voltam, hogy szívtam volna egyetlen szót is, hogy kiútkeresésbe.”* (P.É.) A narratíva folytatásában a beteg az orvos közléshiányával szembe állítja az akupunktőr hozzáállását, aki mindent elmagyarázott a kezelésről és arról, hogyan működik. Amikor viszont az interjú során a gyógy mód működésének részletezésére került volna sor, a beteg nem tudta elmagyarázni az akupunktúra hatásmechanizmusát még saját kezelésével kapcsolatban sem. Tehát felmerül a lehetősége annak, hogy a betegnek nem a konkrét orvosi magyarázat volt jelentős a konzultációban, hanem az a gesztus, hogy az akupunktőr nyílttá tette kezelésének menetét és folyamatát.

A szemantika egy újabb területe a beteg kérdezési lehetősége. A következő narratívareszlet szintén szembe állítja a konvencionális és kínai orvoslás szociokulturális környezetét: *„[A HKO rendelőben] mindenki kedves a betegekhez. És ez nagyon jó egy beteg részéről, hogy felszabadultan tud gondolatot cserélni vele, mert az kell. Tehát mertem rákérdezni, hogy most mit kezel, most mi lesz a következő lépés? Ezt egy orvosnál nem tudod megcsinálni, mert azt sem tudja, hogy ha ez a gyógyszer nem jó, akkor mit írjak fel helyette mást, ami nem lesz olyan negatív hatással, mint az én esetemben is volt.”* (P.S.) A két környezet leírásában jelentős, hogy a beteg összekapcsolja a kérdés lehetőségét a kedvességgel és felszabadultság érzéssel, míg a konvencionális orvosi légkörben úgy érzi, nem kérdezhet. Szembetűnő még a narratívában, hogy a kommunikációs problémák interakcióban állnak az orvos szakmai hozzáértésének megítélésével, mely komoly bizalomvesztést jelez (5.2.3 pont).

Néhány beteg beszámolt a nyugati orvosnál érzett félelemről is. Ez befolyásolta a betegek közérzetét az orvos jelenlétében, és hogy mennyire beszélhetnek szabadon:

„P.Gy.: Jófej volt a doki, jó humorú, mittudomén tetszett így olyan szempontból, hogy szabadon beszélt, nem kellett nála úgy félni, meg, szóval úgy el...

Sz.: Mitől félni?

P.Gy.: Mint mikor egy olyan orvossal találkozol aki, aki ilyen mintha szalagmunkát végezne érted, tehát hogy nincs egy kedves szava, nincs egy semmi, csak olyan komolyan ő neki ez a dolga és ő csinálja, írja és nem törődik, tehát, hogy mondjam neked, nekem nem, nekem nagyon-nagyon sokat számít az, amikor egy picike kis kedvesség, legalább egy pici legyen abba az orvosba, mert hiszen az ember mikor elmegy, akkor úgylis tele van a gatyája, mert különben azért megyünk el mert probléma van. Különben nyilván nem menne az ember. És nagyon jófej volt, minden, és mondta ne féljek, meg ne izgassam magam.”

A pozitívan megítélt nyugati orvost közvetlenséggel, humorral, nyílt közléssel jellemezte a beteg, valamint hangsúlyozta annak fontosságát, hogy az orvos megnyugtatta egy számára rémisztő szituációban. Ezzel szemben, a negatívan megítélt nyugati orvos leírása visszaidézi a gondoskodás és a figyelem hiányát, mely fentebb került részletezésre.

Szemiotika

A konzultációk során az orvos és a beteg nem csupán szavakkal kommunikál, hanem tág értelemben véve szimbólumok (jelentések, tartalmak, asszociációk) interakciója is zajlik. Ez a konzultáció szemiotikai szintje. A PJ kódrendszerben ez egy alkódot képvisel (PJ.C.1.3), ugyanakkor a betegek MM-jében szereplő jelentések a kutatás egészében fontos szerepet játszottak és a terápiaválasztási folyamatnak meghatározó tényezői. A következő fejezet a betegek jelentésrendszerével és jelentésadási folyamatával foglalkozik (6. fejezet), ezért itt csupán pár rövid példa kerül bemutatásra, mintegy bevezetőül a jelentésekkel kapcsolatos kérdések bővebb tárgyalásához.

Az orvos és a beteg közötti jelentésbeli eltérések, melyek komplikációt okozhatnak a konzultációban és a nyugati terápiás eljárás véghezvitelében, a betegség és a nyugati terápia eltérő értelmezésében gyökereznek. Természetesen szorosan összefüggő két szemiotikai területről van szó, ugyanis a laikus betegségképe és betegségének tulajdonított etiológiája jelentősen befolyásolja azt, hogy milyen terápiában tud bízni. A szemiotika alkód kapcsán két részterület emelkedik ki a gyűjtött anyagból, melyek a terápiaválasztásban számottevők: a beteg úgy értelmezi a nyugati terápiát, hogy az 1) valamit végérvényesen eltávolít az Énből, és 2) egy idegen testet helyez az Énbe. Mindkét részterület az Én meghatározásával kapcsolatos: hogyan gondolkodik a beteg saját magáról, hol vannak Énjének határai és hogyan ítéli meg a betegséget Énje tekintetében. Alább e két részterület kerül kifejtésre, és későbbi fejezetekben, egyéb kódok kapcsán részletesebb és komplexebb leírás következik az etiológia, betegségkép és terápiaválasztás összefüggéseiről.

A beteg egy szervének eltávolítását csak végső esetben vagy egyáltalán nem szeretné, még akkor sem akarja a műtétet, ha abban egyetért orvosával, hogy az a bizonyos elváltozás okozza a betegséget. A beteg egyfajta feladásként értelmezheti a műtétet, mely nem is gyógyításnak, hanem végső megoldásnak, egyfajta kudarcnak minősülhet. Ez a gondolat jól mutatja a test–Én integritásának megtartására való igényt, melyet egy Cushing-szindrómával küzdő beteg a következőképpen írt le:

„Ezért durva az, amikor énnekem azt mondta a doki, és mondjuk én egy...ráadásul...én mondom, én nem félek a haláltól, merthogy tudom, hogy hova megyek, meg nincs betegségtudatom, de most gondold el, akinek az van és rákos, és aszongyák, hogy hát ebbe maga bele fog halni. Na most, akkor, nem azt

mondja, hogy figyeljen, próbáljunk meg mindent. És én azért nem mentem műtétre. Mert én azt mondtam, hogy mindent megpróbálok, és nem azt, amit a doki mond, hogy azonnal egy végleges állapot, egy műtét, ami után már ez visszafordíthatatlan” (P.K.).

A narratívából látható, hogy a beteg a műtéti eljárást végleges állapottal azonosította, viszont az alternatívák kipróbálását az ágenciához és a gyógyuláshoz kötötte. Hangsúlyozandó, hogy a beteg számára a „visszafordíthatatlan” állapot nem a végleges gyógyulást, hanem a betegség végleges fennmaradását jelentette. Azzal érvelt, hogy a műtétet követő, életem át tartó gyógyszeres utókezeléssel *„adtunk a...szarnak egy pofont” (P.K.).*

Az Énnak nem csupán egy szerv vagy testrész képezheti részét, hanem maga a betegség is. Számos esetben a beteg a fizikai elváltozást tudata termékének értelmezte, mely arra szolgált, hogy felhívja figyelmét egy *„mélyebb”*, pszichoszociális problémára (6.3.4-5 pont). A következő példában a beteget mell-daganattal diagnosztizáltak, amely később átterjedt a tüdőjére is. A beteg először az Új Germán Medicinához fordult, ugyanis véleménye szerint *„minden betegség lelki eredetű”*, így a daganatot lelki okok miatt tudata hozta létre, ezért szimbolikus (jelentéssel bíró) helyen lévő jelként kezelendő. A hölgy azt mondta, hogy *„nem tudta elmulasztani”* a problémát, ezért ment orvoshoz, de ekkor már látható elváltozások voltak a mellén. Elmondásában az orvos első kérdése az volt, hogy *„Miért jött ilyen későn?”*. A hölgy elkezdte magyarázni, hogy miért Új Germán Medicinával akarta *„megoldani”* a problémát, de az orvos *„nem értette”*. A beteg úgy emlékezett az orvos reakciójára: *„Azt gondolta, hogy majd magától csak úgy elmúlik?”*. A betegben ez bizalomvesztést okozott, ugyanis az orvos reakciója azt sugallta, hogy nem érti és nem is akarja megérteni őt. (TN)

Az orvosi konzultációk alatt felmerülő, a beteg Énképéhez köthető másik gyakori szemiotikai részterület az idegen test koncepciója. Egy interjúalany nyolc évig egyre súlyosbodó látásproblémákkal küzdött, de miután kiírták szürkehályog műtétre és az eljárásról tájékozódott, negatívan ítélte meg azt: *„Mikor megtudtam, hogy ez micsoda valóban, lemondtam az egészséget. [...] Egy műanyag lencsét tesznek oda bele.” (P.J.).* A beteg következő narratívareszlete rávilágít arra, hogy miként gondolkodik saját testéről, Énjéről, és ez milyen erőteljes hatással van terápiaválasztására:

„P.J.: Igen, határozottan nem akarok természetellenes dolgot a szervezetemben.

Sz.: *De ez a lencse valószínűleg...*

P.J.: *Az természetellenes...a műanyag az nem természetes.*

Sz.: *És ha nem műanyagból lenne, hanem egy szerves anyagból?*

P.J.: *Akkor is. Akkor sem. Nincsen még lencse szerves anyagból, még nem használnak, de még akkor se talán.*

Sz.: *És miért nem akarod?*

P.J.: *Hát, mert nekem...nekem műanyagot ne...lényegében azért, mert, ha valahogy lehetne segíteni rajta és rendbe hozni, a szervezetnek meg van az a képessége, a regeneráció képessége. Az mindig meg van."*

A fenti elbeszélés illusztrálja az idegen test koncepcióját és annak érzelmi vetületeit a terápiaválasztás kapcsán, ugyanakkor arra a fontos tényre is rávilágít, hogy a „természetellenes” nem feltétlenül a „művel”, „műanyaggal” vagy „mesterséggel” egyenlő, még ha a fenti alany explicit módon ezekkel is azonosította. Egyes betegek a természetellenesség metaforájával írták le az Én integritását megbontó „idegenséggel” kapcsolatos ellenérzésüket, és az alternatív kezelés mellett szóló döntésüket a test „regenerálásával” vagy „öngyógyító mechanizmusával” racionalizálták.

Orvosi felülbírálat

Ez az orvosi konzultációk alatt felmerülő, bizalomvesztést okozó tényező nem azonos a beteg másodvélemény iránti igényével, hanem olyan eseteket tükröz, ahol egy orvos egy másik orvos munkáját, diagnózisát, megítélését kérdőjelezi meg vagy bírálja felül, újfent hangsúlyozandó, hogy a *beteg* értelmezésében (P.J.C.2.2). Az alábbi példákban a beteg érzelmi állapotát megalapozza, hogy úgy véli, igényei nincsenek kielégítve (gondoskodás, figyelem, idő), esetleg már negatívan megélt tapasztalata van az orvossal való kommunikáció szemantikai vagy szemiotikai tartományában. Ebben a pszichés állapotban kétélű táptalajra lel egy újabb, eltérő orvosi vélemény, esetleg egy kolléga munkájának elmarasztalása, melynek eredménye a nyugati orvoslás egészében történő bizalomvesztés, csak ritka esetben az új orvossal való bizalomépítés. Az új, eltérő orvosi vélemény jöhet KAM-ban (is) praktizáló egészségügyi dolgozótól, de származhat egy kizárólag a biomedicinában tevékenykedő szakembertől, akihez a páciens eljut betegútja egy későbbi pontján. Amennyiben a nyugati orvoslás egészét érintő bizalomvesztést idézi elő az új orvosi vélemény, szoros korrelációt lehet

felfedezni a „Big Pharma” attitűddel (6.3.3 pont), azaz a gyógyszeripar és az orvosok érdekorientáltságának feltételezésével. Alább példák illusztrálják a beteg két lehetséges ellentétes pólusban végződő pszichés állapotát és az ahhoz társított eseményeket.

Az első betegnarratívában egy akupunktőr – aki maga is nyugati orvos – egy (csakis) a nyugati orvoslásban dolgozó kollegája nyilvánít véleményt a betegen korábban elvégzett protokollról. A páciens Crohn-betegség és IBD miatt elmondásában „*túl sokszor*” tükrözték:

*„[Az orvosok azt mondják, hogy] hát, ez ezzel jár, ez a protokoll, ennél a vizsgálatot ezt meg kell csinálni. Teljesen fölösleges...tehát én úgy érzem, hogy tizenvalahány tükrözésem volt tizenvalahány év alatt, tehát évente körülbelül egy tükrözésem az úgy megvan, de volt, hogy egy évben többször is volt, és nem látnak nagyon újat. [...] És akkor erre jön az, hogy hát ez nem normális dolog, hogy egy tükrözéstől rosszul leszek, de nem is vagyok egészséges! Tehát, lehet, hogy egy egészséges embert tükröznének havonta akkor nem lenne baja, de, tehát, hogy...a *akupunktőr neve* mondta, hogy azért ez műhiba volt. Tehát, az, hogy akkor itt utána ugyanazt kivéreztettem belőlem, amit betöltöttem és utána nem kaptam újat, ez orvosilag...A proktológusom is, aki sebész főorvos is ráadásul, ő is azt mondta, [...] hogy hát fogalmazzunk úgy, hogy engem nem lehet büntetlenül tükrözni. Tehát, hogy...ő is mondta, hogy nálam mérlegelni kéne, hogy...*akupunktőr neve* is mondta...hát, mert ugye ő orvos is...tehát azért mondom, hogy...még orvosként is, hogy mérlegelni kell, hogy mivel ártanak többet, mint használnak. [...] És az orvostudományban ez nagyon sokszor előjön, hogy néha többet ártanak, mint használnak valamivel.” (P.D.)*

A beteg az orvosi protokollt a személytelen kezeléssel kötötte össze, és érvét – miszerint az ő esete különleges figyelmet és egyedi mérlegelést igényelne – két orvos eltérő véleményével támasztotta alá, legitimálta önmaga számára. A személytelen bánásmód pedig az „*ártással*”, sőt a „*műhibával*” azonosult, mely utóbbi ítélet a bizalomvesztésből következhet.

Újabb példa illusztrálja, hogy számos esetben a beteg az orvosi és laikus vélemények tengerében hanykolódik, és bizalmát éppen egy, az egészségügyben dolgozó, de KAM-ban érdekelt szakemberbe helyezi. Ebben az esetben a bizalomvesztett állapot az egymásnak olykor teljesen ellentmondó vélemények és

elképzelések miatt alakult ki, mely a betegben kaotikus állapotot okozott. Hangsúlyozandó, hogy egészen addig, amíg a Parkinson kórban szenvedő beteg nem találkozott az alábbi narratívában szereplő gyógyszerésszel, kizárólag a biomedicinában keresett gyógyírt:

„Én ezt egy gyógyszerész hölgytől kaptam meg, mert beszélgettem a másik gyógyszerész nővel éppen az érzékülettel kapcsolatban fölirtak nekem egy gyógyszert egyik nap. Másik nap másik orvoshoz kerültem, aki eldöntötte, hogy a lábamban csak gyanú van, az pedig – mert az műtött volna meg ha az lett volna – az pedig fölirt nekem egy másikat. Most, a kettő hasonlít egymáshoz, de a hatásfoka nem azonos. És akkor kérdezem a gyógyszerész csajt, mondom, tegnap vettem meg ezt a gyógyszert, amit most felülbírált a másik doki, mondom, most mit szedjek, mit ne szedjek? És akkor mondta nekem – és odafigyelt a mellette lévő kasszánál dolgozó gyógyszerész csaj, [...] hogy annak ellenére, hogy gyógyszerész, a természetgyógyászatot nem veti el, egyébként is jár erre az NGM-re, ez az Új Germán Medicina tanfolyamra. Mondom, és ez mi?” (P.S.)

A narratívareszlet nyelvezete jól illusztrálja a beteg kaotikus állapotát, ahogy orvosi vélemények, ajánlások és gyógyszerek közepette igyekezett kiigazodni, és ekkor egy szakember ajánlására megismerkedett az Új Germán Medicinával. Ebben az esetben a káoszból kivezető út bizalmat ébresztett nem csupán a gyógyszerész hölgy felé, hanem a KAM felé is.

Az utolsó tárgyalt példában egy nyugati orvos felülbírált egy másik nyugati orvos korábbi diagnózisát, mely a beteget megerősítette az orvoslás érdekvezérelt megítélésében: *„Elmentem, az orvos mondta, hogy nagyon komoly probléma van a szívemmel stb. és muszáj kiírnia egy orvosságot, hogy vegyem be. Mondom, jó, rendben van.”* A beteg szólt akkor, hogy hosszabb külföldön való tartózkodásra készül, így az orvos egyszerre *„három receptet írt ki”*, melyet a beteg *„megérzés”* alapján nem váltott ki. Később egy orvos ismerősének mesélte, ami történt, akinek reakciója a következő volt: *„»Mióta használom?!« Mondom, még ki sem váltottam! »Milyen szerencsés«, azt mondja, »ha eztet használta volna, akkor már nem tudna így beszélni!« Olyan erős orvosság. [...] Azóta nincs is semmi probléma a szívemmel.”* (P.J.) A beteg kifejtette, hogy az orvosnak, aki felírta a gyógyszert, bizonyára anyagi érdeke kötődött hozzá, és hogy úgy érzi, nem is volt a szívével semmi gond.

A fenti narratívák jelzik, hogy az orvosi felülbírálat származhat KAM-ban dolgozó orvostól, egészségügyi dolgozótól vagy konkrétan szakterületi orvoskollegától, és a betegben bizalomvesztést idézhet elő. A bizalomvesztés táptalaját a kielégítetlen igények, negatívan megélt tapasztalatok szolgáltatathatják, de egy újabb felülbírálat akár ki is vezetheti a beteget kaotikus állapotából és a KAM felé fordítja figyelmét. Újfént hangsúlyozandó, hogy az orvosi felülbírálat jelensége nem pusztán egy másod- vagy harmadvéleményt, hanem egy olyan aktust jelöl, melyben egy kolléga elmarasztal egy másikat.

5.2.3 A bizalomvesztés következményei

Az orvosi konzultáció fő kód (PJ.C) utolsó tematikus csoportja a bizalomvesztés következményeit foglalja magában. Ezek a kielégítetlen igények és a bizalomvesztés módjai révén keletkeznek. Ez a tematikus csoport a PJ.C fő kód minden alkódjához kapcsolódik, ugyanis éppen ezeknek a tényezőknek a következményeire fókuszál. A bizalomvesztés következményének tekinthető, hogy a beteg megkérdőjelezi nyugati orvosának szakmai hozzáértését („félre-kezelés”) vagy a nyugati medicina hatékonyságát. Ezzel együtt jár, hogy potenciálisan a nyugati orvoslásban is jártas KAM kezelőre helyezi a szakmai tekintélyt. Kommunikációs problémák is felléphetnek, mint például, hogy a beteg nem tájékoztatja nyugati orvosát arról, hogy kiegészítő gyógymódot vesz igénybe. Alább, az összes PJ.C alkóddal összefüggésbe hozható narratíva alapján a bizalomvesztés következményei a szakmai tekintély megkérdőjelezése és áthelyezése, valamint az orvostájékoztatással kapcsolatos tematikus csoportokban kerülnek részletezésre.

A szakmai tekintély megkérdőjelezése

Az orvosi felülbírálat alkódhoz kapcsolódik a bizalomvesztés legfőbb következménye, a szakmai tekintély megkérdőjelezése (PJ.C.2.2), melyet a gyűjtött anyagban a „félre-kezelés”, a „rossz gyógyszer”, a „rossz diagnózis”, a „műhiba” kifejezések és azok narratív környezete jelez. Eklatáns példa erre, amikor a beteg arról számol be, hogy kemoterápia során „túl adagolták a dózist” (TN) vagy „indokolatlanul” távolították el az epehólyagját (TN). Az eredmények azt mutatják, hogy a „félre-kezelésről” való laikus meggyőződés részben az orvosi felülbírálat következménye.

Az alábbi vignetta jól illusztrálja, hogy az előzőekben tárgyalt alkódok milyen komplex módon kapcsolódnak egymáshoz, és mindezek milyen viszonyban állnak a nyugati orvos és egészségügyi személyzet szakmai hozzáértésének megítélésében. Az áttétessé vált daganatos betegséggel küzdő beteg egy nyugati orvos munkáját negatívan megítélő másik nyugati orvosról számol be, mely végül a betegben bizalomvesztést eredményez a biomedicinát illetően. A narratíva a betegút egy olyan pontján indul, ahol a beteget már diagnosztizálták, kétszer megműtötték és elkezdte a kemoterápiát, melyet nem sokkal később az orvos tájékoztatása nélkül abbahagyott:

„Sz.: És mit mondtak neked, hogy miért, miért szóródott szét ez a nyirokcsomókba?

P.Gy.: Na, én erre csak azt tudom neked mondani, hogy [...] egy hétig olyan fájdalmaim voltak otthon, hogy én se ülni, se állni, se feküdni, csak így csúszkáltam az ágyban. És akkor mentünk el egy hét után, mondom most már nem bírom tovább a fájdalomambulanciára. [...] Én csak a szórásra mondom neked, a doki semmit nem mondott a szórásra, nem véletlen vezetem így tovább a dolgokat. [A fájdalomambulancián] a doktornő nagyon elkezdett szentségelni, hogy ha már csinálták a CT-ket és már csináltak hármat meg ennyi vizsgálat meg eltelt két-három hónap, hogy a rosszsebbe – így mondta – nem jutott eszükbe, hogy a lelegején csináljanak egy olyan komoly izét, amin ki lehetne volna mutatni azt, hogy én nekem, nekem ott milyen probléma van, és akkor nem így hogyhívjákolni, hanem akkor egy műtéttel, de akkor, akkor úgy nekiesni, hogy akkor azt úgy meg tudták volna csinálni rendesen.

Sz.: Már mint egy komolyabb CT-t csináltatni?

P.Gy.: Azt mondta, hogy-hogy nem jutott az orvosnak eszébe, hogy ha két ilyen műtetet csinál egyszerre – tehát gyakorlatilag evvel a kollegáját cikizte – hogy, hogy-hogy erre nem lehetett odafigyelni, hogy akkor egy olyan komoly hasi vizsgálatot kérni, hasi CT-t, hasi ultrahangot, ami már az elején kimutatta volna, és akkor már nem így állnak hozzá, hogy a három kis lyuk, három kis lyuk, hanem akkor egy, de akkor oda tudnak figyelni, hogy akkor mi az a rákos rész, amit ki kell venni. És azt mondta nekem, hogy nagyon nagy baj volt, hogy ezt a második nagyműtetet megcsinálta, mert valószínűleg evvel szórták szét, ahogy turkáltak bennem. Ezért tértem ki erre a dologra, ezt ő mondta. Nekem egy olyan

emlék maradt meg bennem, Szilvia, amíg én az eszemnél leszek, biztos, hogy soha nem fogom elfelejteni.”

A beteg arról számol be, hogy a fájdalomambulancián dolgozó orvos elmarasztalta az elvégzett diagnosztikus eljárásokat, megkérdőjelezi a folyamat szakmaiságát és a laparoszkópiás műtét indokoltságát. Ezen túlmenően, a beteg rekollekciójában az orvos elülteti a betegben azt a gondolatot, hogy daganatos betegségének áttéte egy kollegája hozzá nem értésének szövődménye, mely megelőzhető lehetett volna. A narratíva folytatásában a beteg már más eljárásokra, körülményekre és egészségügyi dolgozókra is áthelyezi a bizalomvesztését, és megkérdőjelezi a szakmai hozzáértést olyan témákban is, melyek nem mutatnak közvetlen kapcsolatot az eredeti személlyel vagy eljárással: 1) a műtőasztal formája szokatlan volt, 2) a spinális érzéstelenítésbe való beleegyezéskérés „*túl későn*” történt és 3) „*altatóorvos se látta*” a második műtét előtt. Végül a beteg narratívája az ápolás minőségével és a kórházi körülményekkel folytatódik:

„Úgyhogy nagyon rossz tapasztalatom van. Ja, azt akartam mondani, hogy félre csúszott a katéter és egy olyan húgyúti fertőzést kaptam, hogy azt hittem, hogy oda beszarok az ágyba a fájdalomtól meg a csípéstől, amikor pisilni kikísértek a szobatársaim, fogtak ugye, mert egymást segítettük. Mondtam nem is számítottunk a nővéreknek, nem foglalkoztunk, becsuktuk este, ők jártak ki cigizni, kávézni, a mienk ajtóból lehetett látni, ott ültek egész este vagy délután vagy mittudomén. Nem kértünk senkinek, nem kértünk hiába...este jött az ügyeletes orvos, körbejárt, kérek-e fájdalomcsillapítót, mondtam, ne tessék fölírni, úgyse adják oda, fölösleges. És akkor az még inkább nem tetszett a nővéreknek, de ez volt az igazság, nem kaptuk meg, hát egyszer fáj valamid és az orvos azt mondja, hogy igen hozzák neked infúzióba, nem adták meg. Úgyhogy nem jó...nem jó.” (P.Gy.)

Az ismertetett vignetta részletei az interjúban egy egybefüggő narratívareszt alkotnak, tehát a beteg minden feltüntetett eseményt, körülményt és személyt asszociáció révén összeköt. Jelzi, hogy a betegben a személyzet gondoskodása és figyelme hiányaként megélt élmények, valamint az orvosi felülbírálat bizalomvesztést idéztek elő, mely egy kezdeti helyzetről és személyről áthelyeződtek a nyugati orvoslás más dolgozóira és

körülményeire is. A beteg végül a kemoterápiát megszakítva, úgy döntött, akupunktúrával kezeli betegségét.

A nyugati orvos szakmai hozzáértésének megkérdőjelezése társulhat a „Big Pharma” attitűddel is. Számos beteg interpretációjában az orvos anyagi okok miatt ír fel egy bizonyos gyógyszert, mivel *„ezért kapják a pénzt”* (TN). Az orvoslás érdekorientáltsága mellett a szakmai hozzáértést befolyásolja, ha a beteg például oltásellenes attitűddel rendelkezik és/vagy valamiért egy betegségnek hasonló etiológiát tulajdonít, mint egy izomsorvadással küzdő beteggel kapcsolatban egy családtag azt mondta: *„Sajnálom a fiút nagyon. És mindez egy oltás miatt.”* Majd kifejtette, hogy a Mormonoknál a vallás tiltja az oltások beadását, mégsem kapja el senki a gyermekbénulást (TN). Az oltásellenesség egy komplex szociokulturális téma, mely az orvosi tevékenység és motivációk megítélésével szorosan összefügg (7.5.4 pont).

A szakmai tekintély áthelyezése

A bizalomvesztés következménye lehet az is, hogy a beteg nem pusztán megkérdőjelezi a nyugati orvos szakmai hozzáértését, hanem a tekintélyt áthelyezi a HKO orvosra. Ez a jelenség összefügghet szociokulturális tényezőkkel (pl.: „Big Pharma” attitűd, oltásellenesség, szemiotikai faktorok stb.), tapasztalati tényezőkkel (negatívan megélt orvos-beteg kapcsolat, szemantikai faktorok stb.) vagy kielégítetlen igényekkel (rendszerszintű vagy személyes vonatkozásban). A gyűjtött etnográfiai anyagban ritkán szakította meg a beteg a nyugati orvoslással való kapcsolatot teljes mértékben – inkább jellemző a szakmai hangsúly áthelyezése: egészségügyi témákkal kapcsolatos kérdéseit, témáit, jelenségeit a HKO orvossal beszéli meg és az ő tanácsaira hagyatkozik. E jelenség leginkább kompetencia és a kommunikáció tartományaiban ragadható meg.

A gyűjtött adatok szerint a HKO orvosra helyezett szakmai tekintély leggyakrabban azzal az indokkal történt, hogy ő *„mindkét orvoslásban otthon van”* (TN), így a beteg meglátásában feleslegessé válik a nyugati orvossal való konzultáció. A kizárólag konvencionális medicinában praktizáló orvosok KAM-mal kapcsolatos attitűdjét a betegek általában elzárkózónak írták le: *„nem nyitott rá”, „nem tetszene neki”, „elítélné”* (TN). Nem mindegyik beteg alapozta véleményét saját tapasztalataira, de számos példa van arra, hogy megpróbálta a KAM-mal kapcsolatos beszélgetést

kezdemenyezni orvosával és sikertelennek ítélte. A szakmai tekintély akár kizárólagosan a HKO orvosra koncentrálódhat, ahogy az interjúalany esetében, aki nem csupán a HKO kezelést részesíti előnyben, hanem konvencionális terápiákról és orvosokról is az akupunktőr véleményére hagyatkozik:

*„Sz.: [...] kialakul valamilyen probléma vagy valamilyen tünetet észlelsz, akkor előbb az *akupunktőr neve* mész, előbb orvoshoz, előbb az internetet nézed, előbb megkérded a szomszédod...milyen sorrendben csinálnád a dolgokat?*

*P.É.: Az *akupunktőr neve* minden lépésemről tud és az ő javaslatára megyek el bárki orvoshoz, mondjuk fogorvoshoz – akit említettem – szemészhez...*

Sz.: És ő ismer ilyen orvosokat és akkor ő mondja, hogy...

P.É.: Igen, igen. És valóban az ő általa javasolt emberek, tehát, kvalifikáltabbak, mint az általános orvosi tudás.

Sz.: Kvalifikáltabbak, azt úgy érted, hogy értenek egy kicsit az alternatív dolgokhoz is...vagy a nyugati orvosláson belül?

*P.É.: A nyugati orvosláson belül ők...ők magasabb szintet képviselnek, mint az átlag orvos...tehát, emberileg is mások, emberileg is mások. Van nagy ismeretségi köre a *akupunktőr neve* és tud válogatni.”*

A narratíva rávilágít arra, hogy ugyan nem szakadt meg a beteg kapcsolata a nyugati medicinával, de a HKO orvos „szűrőjén” keresztül kapcsolódik ahhoz, és elbeszélése eklatánsan mutatja, hogy a bizalmat és a szakmai tekintélyt elsősorban a HKO orvosra helyezi. Tehát a kezelőbe helyezett bizalom áthidalhatja a különböző egészségügyi tartományokat, vagyis a HKO orvos nem csupán a HKO-hoz ért, hanem a konvencionális medicina területeihez, emberismerethez stb.

A szakmai tekintély súlypontjának áthelyezését jelezheti az is, amikor egy beteg komplementer terápiaként alkalmaz egy HKO kezelést és gyógyulását kizárólag az utóbbinak tulajdonítja. Ezt jelzi a fenti interjúalany esete, aki több alternatív termékkel, HKO-val, valamint nyugati gyógyszerekkel kezelte ujjait érintő problémáját (ismeretlen eredetű bőr-, ízületi- és köröm-gyulladás). A beteg mégis a HKO-nak tulajdonította gyógyulását annak ellenére, hogy az első kezelésétől számítva két év után következett be. Egy másik beteg esetében melldagatására „*hormonterápiát kért*”, abból a megfontolásból, hogy mellette akupunktúrára is tudjon járni és a gyógyulást mutató jeleket az akupunktúra hatásának tulajdonította (TN). Egy másik példában a

melanómával diagnosztizált és műtéten átesett beteg visszautasította a javasolt kemoterápiát és akupunktúrára járt alternatív terápiaként, gyógyulását és egészségét az akupunktúra hatásának vélte (TN). Alább egy HKO orvos és egy veseproblémákkal küzdő beteg közötti párbeszéd részlet illusztrálja, hogy az akupunktőr a beteg (B.) bizalmasa a szakmai tekintély és az egészségügyi kérdések kapcsán:

„B: *Fogam beültetett, 9 fog, tavaly 3 fogam be lett ültetve, kaptam rá fájdalomcsillapítót. Ez tavaly volt. Szerintem ez sem jó a vesének.*

HKO orvos: *Igen. Szerintem kapjon most kezelést, goji bogyót és 10...inkább 20 kezelés után legyen vérvétel és lássuk az eredményt.*

B: *Attól félek, a nefrológus mit fog mondani...ez összeegyeztethető-e? Április 4-én kell visszamennem.*

HKO orvos: *Három hét, hetente háromszor és így megvan a 10.*

B: *És akkor 10 esetleg már mutat valami eredményt?*

HKO orvos: *Én nagyon remélem.”* (TN)

A dialógus mutatja, hogy a beteg, bár nem kifejezetten egy konvencionális terápia helyett, de a HKO kezelést részesíti előnyben. Az akupunktőrt bizalmába fogadja, a nefrológus tájékoztatását pedig inkább elkerülné, előbb befejezné a komplementer HKO kezelést.

Összefoglalva, a szakmai tekintély súlypontja hatással lehet a terápiaválasztásra, az alkalmazott kezelés(ek) hatékonyságának szubjektív megítélésére, a gyógyulás okának meghatározására, a KAM és a konvencionális szakemberek kiválasztására, valamint arra, hogy a beteg melyik orvosával beszél meg egészségügyi kérdéseit és kinek a tanácsaira hallgat. A betegektől származó explicit indokok nem adnak kellő magyarázatot a szakmai tekintély áthelyezésére, a közre játszó szociokulturális faktorok és a korábbi tapasztalatok teremtik meg azt a bizalmi alapot, mely a szakmaiság megítélésére is hatással van. Éppen emiatt a szakmai hozzáértés megítélése a bizalomvesztés következményeként került ismertetésre – míg korábbi alpontok a bizalomvesztéssel és későbbi alpontok a bizalomépítésének lehetséges tényezőivel és példáival foglalkoznak.

Az orvos tájékoztatásának hiánya

A betegben fellépő bizalomvesztés következménye vagy velejárója lehet az is, hogy kezelőorvosát nem tájékoztatja a KAM-használatról vagy a konvencionális terápiához való hozzáállásáról. E kommunikációs problémához számos tényező járul hozzá, az alábbiakban azok kerülnek kifejtésre, melyekről a betegek narratívájukban explicit beszámoltak. Bár a kialakult szociális helyzet és az orvos-beteg kapcsolat sokkal komplexebb jelenség, a betegek beszámolója képezi az elemzés alapját.

A gyűjtött adatokban az orvos tájékoztatásának hiánya három fő területen mutatkozott meg: a KAM-használat, a konvencionális terápia önkényes megszakítása és annak önkényes módosítása. Az utóbbi két jelenség a később tárgyalt főködhoz (PJT) kapcsolódóan kerül ismertetésre, jelen alponban a (betegtől származó) KAM-használat elhallgatására adott indokok szerepelnek. Fontos jelezni, hogy nem mindegyik beteg rendelkezett saját tapasztalattal, volt, aki csak hallotta egy másik beteg történetét és így meg sem fontolta, hogy orvosával ilyen témában beszélgetést kezdeményezzen. Hangsúlyozandó azért, hogy volt olyan beteg, aki mindenről tájékoztatta nyugati orvosát. E tendenciák prevalenciájának meghatározása nem szerepel a kutatás célkitűzéseiben, a diszkusszió tartalmazza a KAM-használattal kapcsolatos orvostájékoztatás kvantifikált adatait és szociokulturálisan szituált leírását (7.2.6 pont).

A gyűjtött adatokban a KAM-használattal kapcsolatos információ elhallgatására négy fő indok különíthető el, melyek már részben ismertetésre kerültek: 1) felesleges elmondani a nyugati orvosnak, mert a HKO orvos kompetens mindkét medicinában, 2) a nyugati orvos nem kompetens a KAM-ban, 3) a nyugati orvos elítéli a KAM-használatot és 4) a nyugati orvos nem kérdezett rá. A négy kategória gyakori prekonceptiókat, sztereotípiákat jelez, melyeket sok KAM-használó magáénak érez, illetve ezek korábbi személyes tapasztalat termékei is lehetnek.

Az első két indok, miszerint a HKO orvos „*mindkét orvoslásban otthon van*” (TN) és a nyugati orvos „*úgy sem ért hozzá*” (TN), utólagos racionalizálásnak is tekinthető számos beteg esetében, mely mögött a nyugati orvos reakciójától való félelem és a HKO orvosba vetett bizalom húzódik meg. Néhány esetben a beteg említést tett orvosának KAM termékről vagy kezelésről, de az orvos ezeket vagy nem ismerte vagy hatástalannak ítélte. Több beteg kifejezte igényét arra, hogy elsősorban kezelőorvosával szeretné megbeszélni a kiegészítő vagy netán alternatív kezelések lehetőségét, de mindez kommunikációs nehézségek miatt nem valósulhatott meg. Egy

kemoterápia előtt álló beteg elmondásában többször próbálkozott orvosával beszélni az előtte álló kezelésről és alternatívákról, de elutasítónak minősítette: „*úgyis csak köpködés lett volna belőle*” (P.Gy.).

Más betegek saját tapasztalatukat kifejtő narratíváiban is kitűnik, hogy ha a KAM-használat mérlegelése kapcsán az orvos kommunikációját negatívnak ítélik, akkor egyéb kérdésekben is nehezebben nyílnak meg. Sőt, amennyiben a beteg elutasítónak érzi nyugati orvosát a terápiaválasztás során, akkor ez éppen az alternatív (a konvencionális terápia helyett alkalmazott) kezelés felé terelheti. Egy ötvenes éveiben lévő hölgynek állkapcsában diagnosztizáltak daganatot, és míg a műtéti eljárásban bízott, sok ideig hezitált a kemoterápiával kapcsolatban. A problémát dilemmaként tárta orvosa elé, aki – a beteg elmondásában – annyit felelt, hogy ha az akupunktúrát választja, akkor saját „*végrendeletét írja alá*”. A beteg „*sok rágódás*” után végül a kemoterápia visszautasítása mellett döntött, melyet el is mondott onkológusának, aki a hölgy szerint azt mondta, hogy „*Gratulálok, Ön egy lassú öngyilkosságot választott*” (TN). Tehát a narratívák egyrészt felhívják a figyelmet arra, hogy a betegek gyakran félnek megbeszélni a KAM-használat témáját orvosukkal (annak ellenére, hogy nem feltétlenül rendelkeznek saját tapasztalattal), másrészt arra, hogy ha az orvos elítélően reagál a KAM pusztá felvetésére is, akkor sok esetben éppen a KAM felé taszíthatja páciensét. Újfont hangsúlyozandó, hogy a narratívák a betegek szemszögét tükrözik, nem a teljes orvos-beteg interakciót, ugyanakkor segíthetnek annak mérlegelésében, hogy a nyugati orvoslás érdekeit szem előtt tartva miként érdemes a KAM-használattal kapcsolatos kommunikációt irányítani.

Az adatok alapján még egy további szempontból is jelentős volt az orvos KAM-hoz való hozzáállása. Főként olyan esetekben, amikor a beteg kétségbeesésében fordul a KAM-hoz, érzelmileg meghatározó asszociációkat képezhet a KAM-mal kapcsolatban, például a gyógyulás reményével azonosítja azt. Néhány esetben, ha a beteg úgy véli, hogy az orvos „*elítéli*” vagy „*támadja*” az általa alkalmazott KAM-mot, akkor úgy érezheti, hogy személy szerint őt „*támadják*”. A fellebb említett, kemoterápiát megszakító daganatos betegséggel küzdő hölgy betegútján később jelentkező szituáció eklatánsan illusztrálja ezt a pszichoszociális jelenséget. A beteg arról számol be, hogy már megszakította a kemoterápiát és a HKO-t alternatív kezelésként kezdte alkalmazni, de fájdalomcsillapítóért még visszajárt házi orvosához:

„[Az akupunktúra] nekem egy iszonyatos nagy erőt adott, nagyon-nagyon nagy erőt. [...] nagyot dobott rajtam, néha visszazuhanok, mert visszazuhanok. Amikor a háziornosnál a nővérke lekuruzslózta ezt a dolgot, akkor én elkönnyeltem magamban, hogy oda se megyek többet. Át fogom kérni a papíromat, mert amikor én próbálok valamibe belekapaszkodni és hinni benne, akkor énnekem így egy félszóval ne rendezze le senki, úgy hogy megint a padlón vakargatom magam, hogy följebb kerüljek.” (P.Gy.)

Az alany bemutatja, milyen reakciója lehet egy olyan betegnek, aki kétségbeesésében egy alternatív kezelésbe „kapaszkodik” és erről az egészségügyi dolgozó megjegyzését elítélőnek érzi. A narratívában az alternatív kezelésbe vetett „hit” és „erő” inverze a „zuhanás” és a „padlón” levés, tehát amikor a gyógyulásba vetett reményt megbolygatják, akkor heves érzelmi reakciót és teljes elfordulást válthat ki.

5.3 Kezelések

5.3.1 Nincs gyóymód

Számos beteg esetében nem áll rendelkezésre nyugati gyóymód, ezért fordulnak a KAM-hoz (PJ.T.1). A gyűjtött anyagban a betegek egy része csak egy panasszal vagy panasz konstellációval kereste fel a HKO orvost, nem rendelkezik nyugati diagnózissal, és éppen emiatt nincs is nyugati gyóymír állapotára: „Sok helyen voltam már, senki sem tudja leállítani a szédülést...” (TN). Más betegek bár rendelkeznek diagnózissal, a nyugati orvoslás betegségekre jelen pillanatban nem tud (hatékony) gyóymódot ajánlani (TN), például epilepszia és Crohn-betegség.

5.3.2 Jelen stádiumban nincs gyóymód

A gyűjtött adatokban olyan esetek is szerepelnek, ahol a nyugati orvoslás a betegség aktuális stádiumában nem tudott gyóymódot ajánlani, mert vagy túl korai (a betegség még nem alakult ki, még nem kezelhető a konvencionális terápiával, PJ.T.2) vagy már túl késő volt (végstádium, PJ.T.5). Az előbbire példa, amikor egy hallásproblémákkal küzdő betegnek azt mondták, hogy „Jöjjön vissza, ha állandósul” (TN). Számos olyan ízületi problémákkal rendelkező beteg szerepel az adatokban, akiknek a leletei még nem mutatták a betegséget, de már fájdalommal és mozgási nehézségekkel küzdöttek. Egy másik narratívában az orvosai közölték a beteggel, hogy

vérképző szerveivel gond van, de amíg nem alakul ki a betegség csak várni tudnak (TN).

Az alkódban szereplő másik csoport a végstádiumú betegeké, akik utolsó reményként tekintenek az akupunktúrára vagy tüneteiket szeretnék csökkenteni (TN). Egy esetben a hetvenes éveiben lévő, melldaganattal diagnosztizált hölgy, akinél máj- és csontáttétet állapítottak meg, arról nyilatkozott, hogy túl drága lenne a konvencionális kezelés („900 millió forint”) és „nem kap méltányosságit a kora miatt” (TN), ezért fordult az akupunktúrához. A konzultációban a HKO orvos kijelentette, hogy „Az akupunktúra nem mulasztja el a daganatot”, mire a beteg azt felelte: „A nyugati orvoslás sem tudja elmulasztani. A mellrák elmulasztása csak reklám” (TN), de akupunktúrával legalább a hátfájdalmát tudja enyhíteni.

5.3.3 A kezelés hatástalan

Számos beteg arról számol be, hogy a konvencionális gyógymód(ok) hatástalanok (PJ.T.3), így a KAM világához fordulnak: „Már mindent kipróbáltam és már mindenem túl voltam, és semmi nem használt, mindig visszatért a probléma” (P.H.). Ez az indok gyakori a krónikus, visszatérő és az ismeretlen eredetű betegségek kapcsán. Egy ízületi problémával küzdő interjúalany a következőképpen írta le ezt a folyamatot:

„[A nyugati orvos] igazából megoldást meg nem adott. Tehát ad egy harmadik, negyedik, ötödik kenőcsöt, amit megvehetsz [...] Én igazából azt mondom, hogy semelyikre nem éreztem semmit, hogy nekem hatott volna. [...Az újabb nyugati orvos] behívott a rendelőbe és akkor ő is mondja, hogy hát akkor ilyen kezelést vagy mit kaptam? Hát, mondom ilyen kezelést, de igazából nagyon nem éreztem semmit – »jó, akkor azt hagyjuk«. Akkor ő is, nem tudom, mondta, Voltaren, [...] mondom itthon van, az se segít, nem, felesleges vennem, nem. És akkor nem is tudom már, milyen...Xilox, vagy valami ilyesmi gyógyszert írt, na az, úgy hat, csökkentette a fájdalmamat, de az meddig? [...] Hát adott egy krémet, azt mondtam, hogy nagyon nem használt, aztán már vissza se mentem hozzá. Hát, azért, hogy még egyszer adjon egy labort, és akkor hogy hát, ő nem tudja, és akkor megint ír egy másik krémet, vagy egy másik gyógyszert, aztán vagy hat, vagy nem, ameddig szedem, akkor azt mondtam, azt nem.” (P.I.)

A narratívában látható a hosszabb betegút: több orvos, labor, gyógyszer és krém szerepel benne. A leírásból az is kiderül, hogy bár az orvos segítőkész volt, az általa (és előző szakorvosok által) ajánlott gyógymódok hatástalansága arra készítette a beteget, hogy a KAM-hoz forduljon. Hangsúlyozandó, hogy nem tudni, hogy a páciens a felírt gyógyszereket és krémeket valóban rendeltetésszerűen alkalmazta-e, pl. egy krémet elég hosszú ideig használt-e. Az is jelentős a narratívában, hogy a beteg a gyógyszer hatástalanságát akként is definiálja, hogy ugyan „*csökkenti a fájdalmat*”, de nem szünteti meg annak okát. Tehát a tünet csökkentése vagy elmulasztása ebben az értelmezésben nem minősül gyógyírnak.

Egy másik beteg arra mutat rá, hogy betegségével a nyugati medicinában keresett megoldást egészen addig, amíg úgy vélte, minden lehetőséget ki nem merített: „*Minden ismeretségemet igénybe vettem, nagyon sok orvosnál voltam, kórházakban, orvosoknál, meg meggyás. És eredménytelen...mindenki...mindenki csak tétlenül nézte az esetemet és nem tudott semmilyen gyógyulást előidézni, és semmiféle gyógymóddal*” (P.É.). Ezt követően a beteg kétségbeesésében már nem válogatott a különböző megoldások között: „*Már nem gyógyszer, hanem különböző...különböző forgalomban kapható csodaszereket is igyekeztem beszerezni...Mindent kipróbáltam, válogatás nélkül. Mindent.*” (P.É.)

Jelen alkód olyan eseteket is takar, amikor a betegnek rendelkezésére állna egy bizonyos konvencionális gyógymód, de egy ismerősétől, rokonától azt hallotta, hogy hatástalan, netán az interneten vagy egyéb médiumban erre az információra lelt. Egy beteg másodkézből hallott az agyalapi mirigy daganat konvencionális terápiájáról és így nyilatkozott:

„P.K.: *De ha én az okot, tehát magát ezt a daganatot eltüntetem, megszüntetem, merthogy meg tudom szüntetni, akkor eltűnnek a tünetek, ja és a nénivel, akivel beszéltem, mondta, hogy szépen visszajöttek a tünetek.*

Sz.: *Annak ellenére, hogy beállították a hormonszintet...?*

P.K.: *Igen. Na, most ezért mondtam azt, hogy inkább, inkább alternatíva.*”

A rövid szövegrészlet mutatja, hogy a beteg feltételezi, hogy saját terápiája sorstársához hasonló módon alakulna és hogy a sorstárs tüneteinek visszatérte az eredeti betegség következménye – mind emiatt hatástalannak ítéli az eljárást. A narratíva eleje felhívja arra a figyelmet, hogy az interjúalany a betegséget a daganattal azonosítja, és véleménye

szerint közvetlen hatással tud lenni gyógyulására. Ezutóbbi jelenség, gyakori velejárója a pszichoszociális etiológiának és a vitalizmusnak, ami később kerül kifejtésre (6.3.5 pont). Mindez jelzi, hogy ahogyan a beteg értelmezi betegségét okát és tüneteit, hatással van a kezelés hatékonyságának megítélésére (6.5.3 pont).

5.3.4 Mellékhatások

Számos esetben a beteg a konvencionális terápia mellékhatásai miatt (P.J.T.4) vagy 1) kiegészítő kezelést alkalmazott vagy 2) megszakította a nyugati terápiás folyamatot, gyakran kezelőorvosa tudta nélkül. Kiegészítő kezelésként alkalmazott HKO vagy egyéb terápia, termék sokszor a konvencionális terápia mellékhatásainak csökkentésére irányult. Ezzel ellentétben számos beteg a nyugati kezelést félbehagyta és „*alternatív*” megoldást keresett, míg más esetekben már kapcsolatban álltak egy KAM-mal és áttértek rá. Az adatok alapján a félbeszakított konvencionális terápia mellékhatásai lehetnek enyhék, ahogyan egy ötvenes éveiben lévő hölgy, pajzsmirigy alulműködésre kapott gyógyszerénél: „*Két hét alatt öt kilót folszedtem [...] fáradékony voltam, nem bírtam fölkelni*” (TN). Vagy egy másik esetben egy tizenéves epilepsziás fiú anyja önkényesen csökkentette fia gyógyszerét, mert „*kába*” tőle, „*mint ha fejbe vágnák vele*” (TN).

Más narratívákban a betegek „*elviselhetetlen mellékhatásokról*” (P.S.) számolnak be, mint például egy Parkinson-kórban szenvedő beteg, aki a kialakult erős hasmenésre és ekcémára hivatkozva mindhárom gyógyszerét elhagyta kezelőorvosa tudta nélkül. Egy tíz év körüli Crohn-beteg lány édesanyja azt nyilatkozta: „*tavalnyáron megkapta a szteroid kezelést, hát azt soha többet*” (TN). A szteroidos kezelést követően keresték fel a HKO orvost, hogy alternatív kezelésként megpróbálják az akupunktúrát, amit „*most már meg mer[nek] kockáztatni*” (TN).

Egy interjúalany narratívája illusztrálja, hogy míg a konvencionális gyógymódokhoz gyakran társul a mellékhatás asszociációja, addig a természetgyógyászzal azonosított „*természetes*” gyógymódokat ártalmatlannak véli a beteg:

„*Fontos dolog az is szerintem, hogy [a természetgyógyászatnak] nincs mellékhatása! Míg az egészségügy sokszor többet árt, mint használ, példát meséltem...az ilyen dolgok nem árthatnak...vagy használ, vagy nem, de rosszabb*

nem lesz. A gyógyszereknek is bizony sok mellékhatása van, pl. egy szteroidnak...január-februárban most szedtem [...] és csomó mellékhatása volt [...] pl. szétmentek a fogaim a szteroidtól...ki is tört több fogam. [...] Na, a természetgyógyászatos dolgoknál, az akupunktúránál ilyen gondok nincsenek, tud segíteni természetes módon...ártani nem nagyon [...] Van amúgy jó gyógyszer is, van, ami tényleg segít és nincs mellékhatása.” (P.D.)

Az interjúalany a konvencionális gyógyír kapcsán a mellékhatásokat és a hatékonyságot mérlegre helyezi, míg a „*természetgyógyászatos dolgoknak*” csak jó vagy semleges hatást tulajdonít. Amikor autoimmun betegségének, immunrendszerének és a terápiának viszonyáról beszél az alany, akkor újfent érezhető egyfajta megalkuvás (nem egyértelmű gyógyítás) a konvencionális terápia megítélésében, míg az akupunktúrához nem kapcsolódnak ilyen ambivalens érzelmek: *„Ilyen az immungyógyszerem is, lenyomja az immunrendszeremet, ami a betegségnek jó, de amúgy nem jó, hogy mellette a védelmi rendszeremet is meggyengíti – az akupunktúránál a helyes működést segíti elő”* (P.D.). A „*helyes működés*” koncepciója rezonál a test *„öngyógyító mechanizmusába”* vetett bizalommal, mely gyakori KAM modus operandi elképzelés.

Paradoxon alakulhat ki akkor, amikor a páciens tünetmentes vagy csupán enyhe tünetekkel rendelkezik – annak ellenére, hogy komoly betegségben szenved –, majd elkezd a konvencionális terápiát és fizikai állapotát, valamint közérzetét rosszabbnak ítéli, mint a gyógykezelés kezdete előtt. Ez a jelenség, ami például a kemoterápia és a sugárkezelés kapcsán gyakori, sok beteget eltántoríthat a kezelés folytatásától. Fellépő testérzeteiket a terápia káros mellékhatásaként vagy hatástalanságaként értelmezik és a gyógymódba vetett bizalmukat elvesztik. A vélekedés, hogy *„Jobban voltam mielőtt elkezdtem”* (TN) nem ritka más gyógyszeres kezeléseknél sem, mely arra a következtetésre is vezetheti a beteget, hogy *„félrekezeltek”*.

Végül számos beteg – ahogy az előző alpontban is szerepelt – úgy alkot véleményt konvencionális kezeléséről, hogy ő maga nem rendelkezik tapasztalattal, hanem mások véleményére hagyatkozik. Egy KAM-használó mondta egy sorstársáról, aki konvencionális terápiát próbált: *„A szteroidtól rémes csonttrikulása van! A férjével beszélgettem már néhányszor”* (TN). Látható, hogy kétszeres szűrőn keresztül kapta meg a beteg az információt a mellékhatás kialakulásáról, melyről meggyőződése, hogy vele is megtörténne, ha a konvencionális terápiát venné igénybe. Hasonló

prekonceptiók alakulhatnak ki az interneten való tájékozódás során: *„Meg akkor amikor a neten is olvastam, hogy elég durva gyógyszer és nagyon sok rossz mellékhatása van”* (P.I.). Sok esetben a betegtájékoztató maga retenti el a beteget a gyógyszer alkalmazásától. Tehát a konvencionális terápia mellékhatásai kapcsán a beteg igénybe vehet KAM kezelést úgy, mint szimultán alkalmazott kiegészítés a mellékhatások csökkentésére, illetve megszakítva a konvencionális terápiát, alternatív kezelésként is igénybe veheti.

5.3.5 A kezelés visszautasítása

Több, az előzőekben kifejtett alkódban szerepelt, hogy a beteg visszautasítja a konvencionális kezelést (P.J.T.6), e jelenség bővebb ismertetése következik. A nyugati kezelést a priori (elkezdése előtt; prekonceptiók alapján) és a posteriori (elkezdése után; személyes tapasztalat alapján) is visszautasíthatja a beteg. Az a priori visszautasítás indokai gyakran kapcsolódtak bizonyos attitűdökhöz, mint például a *„természetes”* gyógymódok preferálása, a gyógyszerkerülés vagy gyógyszerellenesség (TN). Számos esetben daganatos betegséggel diagnosztizált betegek (pl.: álkapocs daganat, epehólyag, melanóma, limfóma) a műtéti eljárás után (vagy adott esetben az előtt) megszakították a konvencionális terápiás folyamatot (TN). A leggyakoribb indok a kemoterápia ellen az volt, hogy *„nem szelektív”* kezelés és *„mert mérge!”* (TN), hasonló asszociációkkal bírt a sugárkezelés is. Fontos megjegyezni, hogy nem minden HKO orvos vállal daganatos betegeket, van, aki azonnal elutasítja a beteget, még akkor is, ha az akupunktúrát komplementer terápiaként venné igénybe.

Az a priori visszautasítás egy másik gyakori indoka, hogy a nyugati orvos által javasolt terápiát valamiért nem ítélte hatékonynak a beteg. Ez előfordulhatott, ha egy sorstársa tapasztalatát így értelmezte (5.3.3 pont), az általa *„kikutatott”* információ engedni következtetni vagy valamilyen más, egyéni érveléssel indokolta a konvencionális eljárás hatástalanságát, melyre alább egy, a terepnaplóból származó példa található:

„Kérdeztem, G.-t hogy van, miközben a vérnyomását mértük, mondta: »nem jól«. Volt nemrégén kardiológusnál, aki azt mondta rögtön műtétre lenne szüksége, szívbillentyűcserére. A vérnyomása egészen alacsony volt, amit annak a gyógyszernek tulajdonított, amit nemrég kezdett el szedni. »A nyugati gyógyszerek halál...« mondja G., és folytatta, hogy az alacsony vérnyomás miatt

veszélyes most az ő helyzetében. A műtéttel kapcsolatban azt mondta: »A műtét most nagyon legyengítene...És ha meg is csináltatnám, akkor is csak újból ki kéne cserélni nemsoká...« (TN)

A narratívában szemléltetett, bizonyos konvencionális eljárások és gyógymódok kapcsán kialakuló a priori érvrendszerek a beteg komplex információszerzési, információszűrési és értelmezési folyamatainak terméke (7.4 és 7.5 pont). A konvencionális gyógymód visszautasítása mögött a kezelésfajtaól való félelem is befolyásoló tényező lehet, bár a gyűjtött etnográfiai anyagban kevésszer szerepelt explicit módon a félelemre való utalás. Egy ilyen esetben éppenséggel a kemoterápiáról volt szó: *„rettegtem tőle, borzasztóan féltem”* (P.Gy.). Más esetekben a terápiaválasztást erőteljesen befolyásoló, implicit módon jelenlévő félelemre lehet következtetni. Ilyenkor nem mutatkozik meg attitudinális indok, például egy beteg annyival magyarázza a konvencionális terápia visszautasítását, hogy *„Ha elkerülhetem a műtétet ezzel, akkor megéri megpróbálni”* (TN) vagy nem indokolja, csupán 20 évig halasztja, mint például egy bokán jelentkező *„leszívandó csomó”* kapcsán (TN). Természetesen az is előfordulhat, hogy a beteg a félelmét éppenséggel attitudinális indokokba burkolja. Implicit félelem állhat az olyan jellegű a priori visszautasítók mögött, mint hogy a beteg úgy érzi, nem lenne ki ápolja egy műtét után (P.Gy.). De ezekre a következtetésekre már nem adnak lehetőséget az alkalmazott módszerek és a gyűjtött adatok.

A személyes tapasztalaton alapuló a posteriori visszautasítás, azt jelenti, hogy a beteg elkezdte a konvencionális terápiát, de valamiért megszakította. Lehetséges indokok korábban tárgyalt alpontokban is szerepelnek, így például a mellékhatások kapcsán. Jelentős a posteriori indok az orvos-beteg kapcsolatban fellépő problémák, melyek hatással vannak az orvos felé érzett bizalomra. Továbbá attitudinális indokok is befolyással bírhatnak olyan betegmagatartásban, mikor a beteg például több gyógyszert kipróbál, de nem az előírt módon alkalmazza (pl.: nem szedi végig). Az alábbi betegnarratíva azt illusztrálja, hogy a beteg úgy érzi, autonóm módon dönthet a konvencionális és alternatív terápiákról egyaránt. Narratívája a gyógyszer hatástalanságának és a mellékhatásának tulajdonított súlygyarapodás leírásával kezdődik:

„Sz.: És akkor mi történt?

P.K.: Abbahagytam a gyógyszert, semmi.

Sz.: *És akkor nem mentél vissza esetleg egy másik gyógyszert kérni vagy beszélni az orvossal...*

P.K.: *Nem. Nem, akkor is azt mondtam inkább, hogy gyógynövény. És akkor már elkezdtem a gyógynövények felé, és ugye ez is egy alternatív, hogy mivel lehet, és a...*

Sz.: *És ott azzal mi van? Az segített, a gyógynövény?*

P.K.: *Hát a galajt iszom, persze, nincs gondom, nem tudnak semmit kimutatni, tehát a pajzsmiriggyel nincs gondom...Tehát azt megnézték, és ott jók, jók a horm...jók az ...ez a szám, tehát a vérképbe' jók az eredmények."*

A beteg retorikájában ágencia jelenik meg: meglátásában elég információja és tudása van az alkalmazott, alkalmazható terápiákról, hogy döntést tudjon hozni betegségét illetően. Fontos hangsúlyozni, nem csak a gyógyszer hatékonyságával, hatásmechanizmusával kapcsolatban vélekedik így, hanem a „gyógynövényekkel” összefüggésben is. Vélhetően részben az ágencia-érzet, részben a megromlott orvos-beteg kapcsolat miatt, a beteg nem érzi úgy, hogy döntését orvosával meg kéne konzultálnia, de még azt sem, hogy tájékoztassa arról, hogy megszakította a gyógyszeres kezelést. A narratíva arra is rávilágít, hogy a beteg ambivalensen fordul a nyugati orvoslás felé, ugyanis a diagnosztikus eljárásokat, leltek fontos mutatóknak tartja egészségügyi állapotának követésében – ez számos KAM-használóra igaz (6.5.3 pont).

A konvencionális kezelés a priori vagy a posteriori visszautasítása mögött minden esetben felfedezhető valamilyen attitudinális tényező, személyes tapasztalat vagy asszociáció, illetve explicit/implicit félelem. A gyűjtött narratívák szerint, amennyiben a beteg daganatos betegségek kapcsán a kemoterápia és/vagy sugárkezelés visszautasítása mellett dönt, gyakran két jelenséggel szembesül: 1) az orvos elítéli döntését, 2) nem tudja, kihez forduljon ezután. Az első jelenség már szóba került korábbi alpontokban (5.2.2-3 pont), de fontos hangsúlyozni, hogy a betegek elmondásában az orvos KAM-ról való elmarasztaló véleménye azt eredményezte, hogy a beteg elmarasztalta őt. Amennyiben a beteg úgy érezte, hogy az orvos elítélte a döntését (és egyben a beteget), akkor a beteg is elítélően nyilatkozott az orvosról – ez sok esetben erőteljesen befolyásolta a terápiaválasztást és a betegút további részét (TN). A második fontos jelenség az, hogy ha az orvos-beteg kapcsolat valamiért megromlik és

megszakad, akkor a beteg nem tudja, kihez forduljon az elvégzendő kontrollvizsgálatok kapcsán (TN). Extrém esetekben a helyzet azt is eredményezheti, hogy a beteg nem kapja meg, vagy csak későn jut el a kontrollvizsgálatokra.

5.3.6 Rehabilitáció

A konvencionális kezelésekhez köthető utolsó alpontban a KAM-használat, mint rehabilitáció (PJ.T.7) jelenik meg, melyet a nyugati kezelés igénybevétele vagy egy konvencionális utókezelés kiegészítéseképpen után alkalmaz a beteg. Az adatokban néhány ilyen eset szerepel, például egy, a hetvenes éveiben lévő nő, akinek a halántéktárol levett anyajegy utáni *„felépülésben segített”* (TN). Egy másik esetben a hetvenes éveiben lévő férfi négy évvel ezelőtt kórházba került szív- és vese-elégtelenséggel. A felesége akkor *„mindenféle segítséget: papot, pránanadist, barátokat”* behívott a kórházba, hogy *„segítsék őt a felépülésben”* (TN). A sikeres rehabilitációra irányuló KAM terápia kialakíthat a betegben a KAM felé érzett bizalmat, ami miatt más esetekben is felkeresi újból a KAM kezelőt.

5.4 A betegút bármely pontján

Az adatok szerint a betegút bármely pontján – vagy attól függetlenül – előfordulhat, hogy a páciens pusztán kíváncsiságból (PJ.A.1) vagy preventív céllal (PJ.A.2) próbálja ki a HKO-t. Továbbá PJ.A kóddal rendelkezik a betegúthoz köthető addikciókezelés (PJ.A.3) jelensége és a táplálkozási célból történő vagy abból következő KAM-használat (PJ.A.4). Alább ezek az alpontok kerülnek kifejtésre.

Néhány beteg esetében a HKO-kezelés igénybevételére a kíváncsiság volt az ok, jóllehet konkrét betegséggel voltak jelen a rendelőben. Tehát az nem fordult elő az adatokban, hogy egy egészséges individuum pusztán kíváncsiságból kezelteti magát akupunktúrával. Egy eset jól mutatja a kíváncsiság indokával történő, de konkrét betegség gyógyítására irányuló KAM-használatot. A következő, ízületi panaszokkal küzdő páciens szájsebész: *„Mindenféle terápiára nyitott vagyok és érdekel, de sajnos a kollegáimon azt tapasztalom, hogy nem nyitottak”*, a beteg hozzátette, *„A nyugati medicinában minden csak tüneti kezelés...persze a sebészet nem, de az már tűzoltás”* (TN). A beteg által használt retorika, nevezetesen *„tüneti kezelés”* és *„tűzoltás”*, egy

bizonyos MM-re jellemző (6.3.5 pont). Feltételezhető, hogy a beteg nem csupán általános „nyitottságról” vagy kíváncsiságról van szó, hanem bizonyos attitűdökkel, szubkulturális elképzelésekkel is kapcsolatba került és azokkal (részben) azonosult.

A prevenció-hangsúlyos betegmagatartás ellenreakció lehet a nyugati orvoslás „betegségcentrikusnak” vélt hozzáállásával szemben, lehet a keleti gyógyító rendszerek filozófiai-viselkedésmintázati értelmezésével való azonosulás következménye (EM.W.1), de kialakulhat gyógyszerellenes attitűdből, valamint a „természetesség” preferenciájából is. Egy bő két éve a kezelőben dolgozó, adminisztrációt végző középkorú nő narratívája szolgáltat példát a prevenció koncepciója és a keleti gyógyítórendszerek filozófiájának interakciójára: „*Gyakran előzetes tudás nélkül jönnek a betegek, nem néznek utána a neten, el kell nekik mondanom...yin-yang és a többi. De gyakran utánanéznek és értik.*” A nő ezután elmagyarázta, hogy a HKO felfogásában a betegség először „*egyensúlyvesztéssel*” kezdődik, majd „*hangulatzavar*” és/vagy „*alvászavar*” alakul ki, és csak ezután jelenik meg „*fizikai szinten*” a testben. Úgy vélte, hogy a HKO e folyamat bármely pontján hatásos, de főleg a prevencióban: „*Van úgy, hogy a betegség tünet nélküli, ezért jó, ha preventíven alkalmazzák.*” A kezelések gyakoriságát attól tette függővé, hogy „*ki-mennyire veszi igénybe a szervezetét és mekkora a teherbírás [...] Ha már kialakul a testi betegség, akkor több kezelésre van szükség*” (TN). Tehát látható, hogy a dolgozó prevenció-koncepciója erőteljesen kapcsolódik az általa elképzelt megbetegedési folyamathoz, valamint a HKO-specifikus kategóriákhoz.

A betegúton bármikor előfordulhat, hogy a beteg addikciókezelésre veszi igénybe a KAM-mot, mely a gyűjtött etnográfiai adatokban dohány- és alkohol-függőség kapcsán mutatkozott meg. A dokumentált példákból három esetben a beteg más, szimultán fellépő vagy későbbi betegség kezelésére is alkalmazta az akupunktúrát. A sikeres addikciókezelés a beteg bizalmát erősíti, és így későbbi panaszával is a KAM felé fordulhat.

Végül, egy követett étrend is KAM-használati belépési pont lehet a betegút bármely szakaszában. Mivel az alternatív orvosi rendszerek, mint például az ayurvédikus gyógyítás, kiterjednek az élet különböző területeire (világ- és emberkép, társas kapcsolatok, érzelmi világ stb.) számos ilyen rendszer különleges étrenddel is rendelkezik. Előfordulhat, hogy a beteg először e speciális, KAM-hoz köthető étrenddel

kerül kapcsolatba, például vallási-filozófiai okokból folytatott veganizmus, vegetarizmus. Más esetben a beteg gyógyulása érdekében választ egy speciális, ám nem egyetlen KAM-hoz köthető étrendet, például paleolit vagy ketogén diétát, illetve konkrét betegségekhez ajánlott táplálkozást, például daganatos betegségek kapcsán a Breuss kúrát vagy Crohn-betegségek speciális étrendjét, a gluténmentes vagy egyéb irányelvek mentén szerveződő diétát. A speciális KAM-hoz köthető étrendek mellett a keleti testmozgás hasonló belépési pontként szolgálhat, például a tai chi és a jóga (EM.W.1.2). Hangsúlyozandó, hogy a testmozgás vagy étrend választása nem minden esetben vezet a KAM-használathoz.

Tehát a betegút bármely szakaszában vagy attól függetlenül jelentkező belépési pontként szolgálhat a kíváncsiság és a prevenció-hangsúlyos betegmagatartás, de ezek nem értelmezhetőek izolált terápiaválasztási indokként, mivel erősen kapcsolódnak attitudinális környezetükhöz. Úgyszintén a betegút bármely pontján KAM-használati útvonalat képez az addikciókezelés, mely amennyiben sikeres, egyéb betegségek kezeléséhez is vezethet. A különböző KAM-mokhoz köthető étrend- és testmozgás-fajták szintén belépési pontot képezhetnek, melyek előbb-utóbb összeköthetik a betegeket egy vagy több konkrét KAM-mal.

Összegzésül, a fejezet a KAM-használatba való belépés lehetséges pontjait részletezte, melyeket a betegút mérföldkövei mentén tárgyalt. A kódok az antropológiai módszerekkel gyűjtött narratívaelemeket absztraktabb formával látták el, a kódstruktúrát a betegút lehetséges pontjai adták: a nyugati diagnózis, az orvosi konzultációk, a nyugati kezelés és az egész betegút.

6. EM kódrendszer és magyarázó modell tipológia

6.1 Az EM kódrendszerről

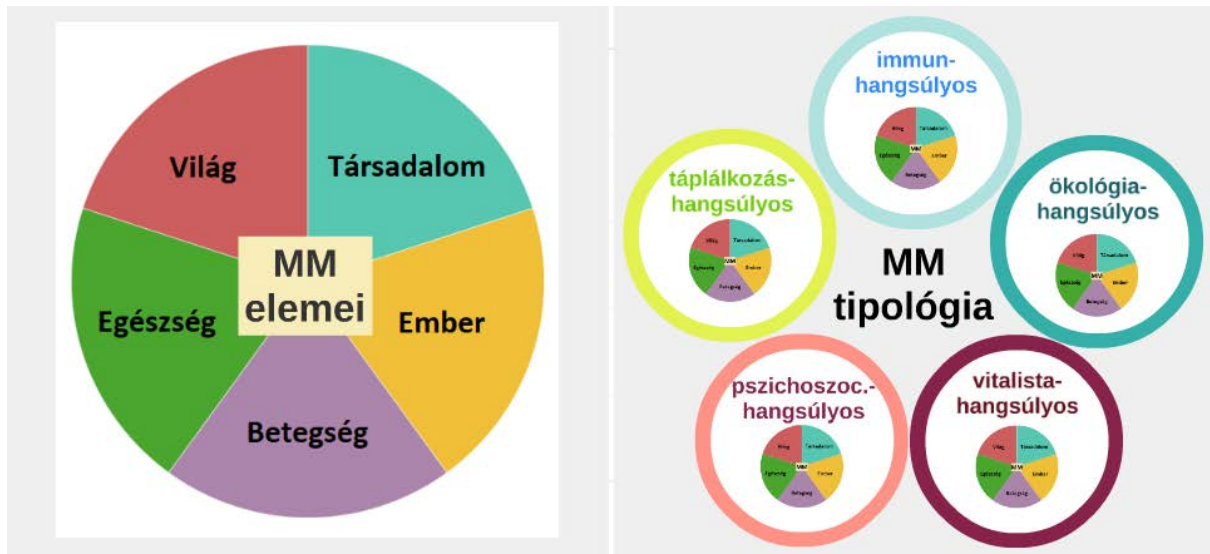
A kutatás legfontosabb prekonceptiója volt, mely tematikus kiterjedését is meghatározta, hogy a terápiaválasztás erőteljesen összefügg a beteg MM-jével (explanatory model; EM). Az alkalmazott interjústruktúra és az abból kiinduló kódrendszer (EM) fő kódjai az individuum MM-jének elemeit követik: Világkép (EM.W), Társadalomkép (EM.S), Emberkép (EM.M), Betegségkép (EM.I) és Egészségkép (EM.H). Jelen kutatásban ez az öt kategória került elemzésre az MM-ben, jóllehet, más felosztással és több definícióval is rendelkezhet. Az etnográfiai anyag kódolása arra is kiterjedt, amikor a beteg egy hozzátartozójának betegségéről számolt be, illetve amikor feltételes módban történt egy megállapítás. Ezen kódolástechnikai döntéseket indokolta az a feltételezés, hogy a beteg a hozzátartozóinak élményeit és az elképzelt szituációkat hasonló értelmezési keretben kezeli, mint saját betegségét.

A mintában szereplő egyének vélekedései és viselkedése különböző volt, de mivel hasonló konceptuális elemekből tevődött össze, és mivel összesített formában kerültek kódolásra, úgy tűnhet, hogy homogén MM-mel rendelkeztek a betegek. Az EM kódrendszer arra szolgál, hogy a HKO világában gyakran előforduló attitűdöket és koncepciókat feltárja, valamint azok összefüggéseire rávilágítson. Az MM elemek általános ismertetése után e modellek tipológiája következik, mely a gyakran együttesen előforduló kódok (co-occurring codes) alapján lett kialakítva. A tipológia analitikus kategóriarendszer, mely nem egy-egy beteget, hanem gondolkodásmódbéli tendenciákat mutat be.

6.2 Fő kódok és az adatok tematikus csoportosítása

A következő alpontban részletezett MM tipológia minden kategóriája (immun-, táplálkozás-, ökológia-, pszichoszociális-, vitalista-hangsúlyos és egyéb) kiterjed az összes MM elemre (világ-, társadalom-, ember-, betegség- és egészségkép), ezért előbb ezek az elemek kerülnek általános bemutatásra. Az elemek az EM kódfát követik és keresztmetszeti elemzéseket is takarnak, így tematikus csoportosítások szerint rendezhetők. Alább az MM elemek (azaz fő kódok) és a bennük kialakított tematikus csoportok (akár keresztmetszeti elemzés során kialakított analitikus kategóriák) kerülnek ismertetésre. Hangsúlyozandó, hogy a különböző fő kódok között a

konceptuális határ permeiábilis, így ezek is „csupán” analitikus kategóriákat képviselnek. Az alábbi ábra mutatja az MM tipológiát és elemeket.



Ábra 2: A magyarázó modell (MM) elemei és induktívan kialakított tipológiája

Világkép

Az EM kódrendszer első főkódja a beteg világképét foglalja magában. A főkód alá olyan témák kerültek, melyek bár közeli interakcióban állnak a többi főkóddal is (pl.: emberről, társadalomról alkotott képek), mégis a világ egészére vonatkoznak. A világkép kódok (EM.W) három tematikus csoportja különíthető el: 1) Ontológiával kapcsolatos kódok (EM.W.2, EM.W.3), azaz mi és hogyan létezik a világban, illetve milyen kapcsolatban állnak ezek az entitások egymással, 2) Attraktorok (EM.W.1, EM.W.5), azaz vonzó képzetvilágok, esztétikák, szubkultúrák és 3) Episztemiológiával kapcsolatos kódok (EM.W.4, EM.W.6, EM.W.7), azaz milyen eszközökkel és hogyan ismerhető meg a világ.

Társadalomkép

Az EM kódrendszer következő főkódja nem pusztán általános értelemben a társadalommal van összefüggésben, hanem a magyar társadalommal, a benne lévő csoportokkal (in-group, out-group) és értékeikkel való viszonyt, valamint a

tudományhoz való viszonyt is magában foglalja. A társadalomkép főköd közeli interakcióban áll világképelemekkel is, így – a strukturáltabb közlés érdekében – a leírás egyes világképpel kapcsolatos kódokat is alkalmaz. A társadalomkép kódok (EM.S) négy tematikus csoportja különíthető el: 1) In-group és Out-group (EM.S.2, EM.W.4), azaz a beteg milyen közösségeket tekint sajátjának és melyikeket nem, 2) A tudományhoz fűződő viszony (EM.W.8), azaz a tudománnyal milyen kapcsolatban áll, milyen gyakran hivatkozik rá, 3) A biomedicinához (és a nyugati orvosokhoz) fűződő viszony (EM.S.3) és 4) A „bizonyíték” (EM.M.7, EM.H.6), azaz leginkább mi képezi számára az autentikus bizonyítékot a betegséggel, gyógyulással és világképpel kapcsolatban.

Emberkép

A beteg MM-jének következő területe az ember felépítésével kapcsolatos narratívákon alapuló kódokat, alkódokat foglalja magában. Az EM.M kódok az ember alkotóelemeit és ezek interakcióit tartalmazzák. Továbbmenően, az emberkép kódjai ágenciával kapcsolatos, valamint egzisztenciális fenyegetésnek megélt jelenségeket is tartalmaznak. Az emberkép kódok (EM.M) négy tematikus csoportja különíthető el: 1) Emberképek, testképek (EM.M.8, EM.M.2), 2) Holizmus-definíciók (EM.M.1), 3) Az ágencia forrásai (EM.M.3) és 4) Kétségbeesés és félelem (EM.M.6).

Betegségkép

A beteg terápiaválasztásában meghatározó a betegségképe. Ez olyan narratívákat foglal magában, melyeket az individuumbetegségének leírására alkalmaz, vagyis hogy hogyan gondolkodik a betegségről és a megbetegedés folyamatáról. A kódolás kiterjedt arra, hogy a beteg miként gondolkodik jelenlegi és előző betegségeiről, a környezetében lévőkről, valamint a betegségről általában. A betegségkép kódok (EM.I) két tematikus csoportja különíthető el: 1) Etiológia (EM.I.2), azaz laikus oki teóriák és 2) A megbetegedés folyamata (EM.I.3).

Egészségkép

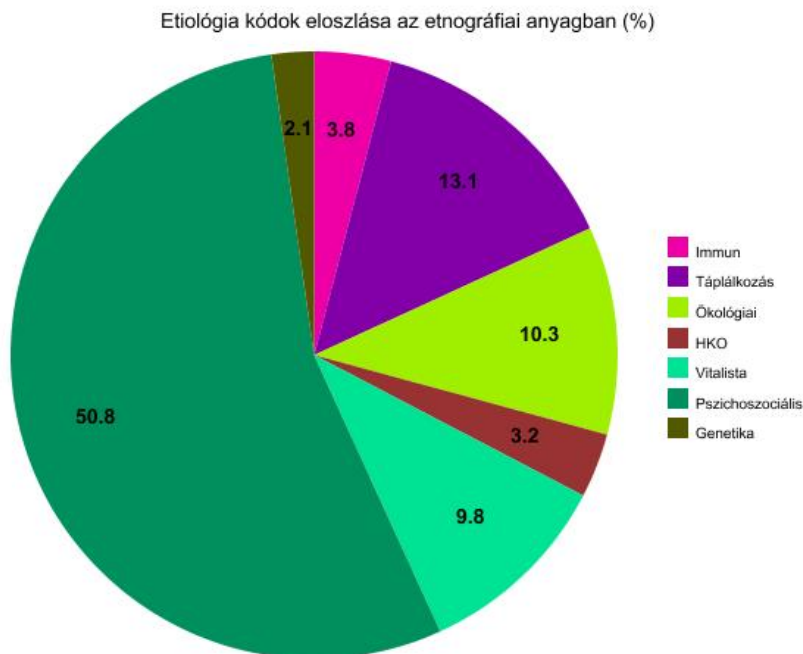
A terápiaválasztásban egyaránt fontos a betegségképpel szoros interakcióban álló egészségkép. Az MM e területe olyan narratívákat foglal magában, melyeket az

individuum az egészség megfogalmazására és a gyógyulás folyamatára alkalmaz. A kódolás kiterjedt arra, hogy a beteg a HKO-t komplementer vagy alternatív terápiaként alkalmazza-e, illetve hogy milyen más medicinákkal került kapcsolatba (EM.H.1). Az egészségkép kódok (EM.H) három tematikus csoportja különíthető el: 1) Egészség-leírás (EM.H.4), 2) A gyógyulás folyamata (EM.H.2) és 3) KAM modus operandi (EM.H.3), azaz a beteg szerint hogyan működik az alkalmazott KAM.

6.3 Magyarázó modell (MM) tipológia

Az MM elemek (főkódok) és tematikus csoportosításaik ismertetése után következnek az MM tipológia részletezése, mely arra szolgál, hogy az EM kódrendszer eredményei strukturált formában kerüljenek közlésre. A tipológia az öt leggyakoribb etiológia-típus, valamint az azokkal együttálló egyéb EM kódok alapján került kialakításra. A tipológia analitikus kategóriarendszer, tehát egy individuum MM-je e kategóriák eltérő hangsúlyú egyvelegéből tevődik össze, ezért az egyes kategóriák ismertetésében az egymással való interakcióik is hangot kapnak.

A leggyakrabban előforduló laikus etiológia-típusok: immun- (EM.I.2.3), ökológiai- (EM.I.2.2), táplálkozásbeli- (EM.I.2.4), pszichoszociális- (EM.I.2.1) és vitalista- (EM.I.2.8) hangsúlyos betegségek. Az MM tipológia részletezése után a ritkábban előforduló oki magyarázatok kerülnek majd bemutatásra (genetika EM.I.2.6, HKO-specifikus EM.I.2.7). Az alábbi ábra mutatja az etiológia-típusok eloszlását az etnográfiai anyagban.



Ábra 3: Az etiológia-típusok eloszlása az etnográfiai adatokban

6.3.1 Immun-hangsúlyos MM

Világkép

Az immun-hangsúlyos MM szerint a világot „káros anyagrészecskék a levegőben, vírusok, baktériumok milliárdjai” népesítik be, valamint „vegyszerek vannak mindenhol” (P.T.). Ebben a felfogásban az egyén egy ellenséges erők által bitorolt és szennyezett világban éli mindennapjait. A támadás és védekezés metaforavilágában hangsúlyos a védelemmel azonosított immunrendszer: „de ezektől nem betegszünk meg, mert az immunrendszer az egy kaszkád. Egy olyan kaszkád, amelynek több része van, vannak sejtjei, vannak különféle szervei és ezek többféle módon védenek bennünket.” (P.T.) A világ és az Én között erős határvonal húzódik, a kettő küszöbén elhelyezkedő immunrendszer állapota változó, számos erősítő vagy gyengítő hatásnak van kitéve.

Hangsúlyos attraktor minden „immunerősítő” eljárás (pl.: masszázs), termék (pl.: gyógyteák, vitaminok) és házipraktika, valamint a betegségmegelőzés, egészségmegőrzés. A betegmagatartás az immunrendszer erősítésére irányul, „hogyan tudjon a vegyszerek ellen küzdeni” vagy „megküzdeni egy kórokozóval” (TN). Fontos attraktor lehet továbbá a „természetes” (EM.S.1, EM.S.4), mely kiterjedhet a táplálkozásra (biotermékek, organikus ételek), a lakókörnyezetre (vidék, kevésbé urbanizált terek), az életvitelre (pihenés, alvás, stresszmentesség) és a KAM-ra

(öngyógyítás vagy erre épülő eljárás). A „Kelet” megjelenhet, mint az előző két attraktor (immunerősítés, egészségmegőrzés és „természetesség”) romantizált képben való ötvözése: Keleten az emberek inkább a betegségmegelőzésre fektetik a hangsúlyt, nyugodt, stresszmentes életet élnek, tiszta és természetes környezetben, és mindez az immunrendszerüket erősíti, ezért nem betegszenek meg (TN).

Társadalomkép

A többségi társadalomhoz kapcsolt értékek, melyek ebben az MM-ben immunkárosító hatásúak: az urbanizáció, a megterhelő életmód és a fogyasztói társadalommal járó „vegyszerezés”. Mindhárom tényező fontos szereppel bír a táplálkozás-hangsúlyos és az ökológia-hangsúlyos MM-ben is, a különbség az, hogy az immun-hangsúlyos MM immungyengítő, immunkárosító hatásként konceptualizálja mindhármát.

Egy MM legtöbbször multifaktoriális, bár elkülöníthetők bizonyos etiológiák és hangsúlyok. Ezt az alábbi interjúalany narratívája is jól illusztrálja, aki allergiás reakcióit alapvetően immun-hangsúlyos etiológiával magyarázta:

„Most ez csak egy nagyon apró dolog, hogy pollenallergia, de ugye tele vagyunk élelmiszer adalékkal. Nem tudod, hogy a szervezeted meddig tudja tolerálni. [...] Minekiünk, az én gyerekkoromban, még vidékről hozták a húst, a tejet, a...még gyerek voltam, egész kicsi gyerek voltam, olyan hat-hét éves, akkor nekünk kannástejet hoztak a tehén alól. És az a tehén megette még a zöldet, az még ki volt hajtva, ott még a fűben nem volt az, hogy ilyen vegyszer, olyan vegyszer, hanem azt kaszálták, sőt, azon volt vita, hogy ki kaszálja le, hogy az ő tehene kapjon [...] Tehát mi még ezt, én még ezt a gyerekkoromban megéltem, tehát nekem az immunrendszerem alapból sokkal erőteljesebb.” (P.K.)

A pollenallergiát túlzott immunreakcióként konceptualizáló, hatvanas éveiben lévő hölgy a narratívareszlet elején táplálkozásbeli faktorokra hivatkozik („élelmiszer adalék”), melyek az immunrendszerre negatív hatással bírnak. Ezután folytatja olyan ökológiai tényezőkkel (környezetben lévő „vegyszerek”), melyek gyengítik az immunrendszert, és így az a kihívásokra nem képes adekvát választ adni, gyengesége miatt bizonyos ágensekre túlzottan reagál.

Az urbanizáció negatív megítélése nem pusztán a fizikai környezet emberkreálta változására utal (6.3.3 pont), hanem a többségi társadalom értékrendszerében idővel történő változásaira is: „*Hová tart ez az ország?*” (TN). A jelenlegi, szintén az urbanizációhoz társított, „*rohanó életmód*” (P.T., TN), a kevés pihenés és sok munka, destruktív hatással van a szervezet védekezőrendszerére. Szintén immunkárosító a többségi társadalom fogyasztás-centrikus világában mindenhol felfedezhető „*vegyszer*” jelenléte. Mindezek hatása elsősorban az immunrendszert érinti, ami „*küzd napi szinten a megterhelés ellen*” (P.T.).

Nyugati orvosláshoz való viszony

Mivel az immun-hangsúlyos MM alapvető prekonceptiója, hogy az immunrendszer gyengesége hozza létre (vagy teszi lehetővé) a betegséget. Így olyan biomedikális eljárás, melyről a beteg úgy véli tovább gyengíti az immunrendszerét nem konzisztens gyógyító eljárás a számára. Például daganatos betegség esetén a kemoterápia vagy sugárkezelés „*tönkreteszi az immunrendszert, mert nem tudja, melyik sejtbbe menjen, ezért mindent rombol*” (TN). Tehát a non-szelektív eljárások, az immunrendszert gyengítő eljárások és az immunszuppresszánsok (amennyiben a beteg nem „*öntámadásként*” vélekedik betegségéről) negatív asszociációval bírhatnak (EM.S.3.5). Mivel az MM világképe erőteljesen kapcsolódik a támadás és védekezés metaforavilágához, az a kezelés, mely az egyén védekező rendszerét, pajzsát gyengíti, „*támadásként*” tematizálódik. Egyéb, a támadás-védekezés metaforájával konceptualizált orvosi eljárás is negatív minősítést kaphat az immun-hangsúlyos MM-mel rendelkező egyénnél. Például egy Hodgkin-limfómával küzdő beteg az összejt-terápiát csak végső esetben választotta volna, mert „*ilyenkor, ha mástól kapsz, akkor a donor sejtek és a befogadó között egy harc indul el, amiben legtöbbször a befogadó marad alul*” (TN).

Az immunrendszerrel kapcsolatos koncepciók a KAM világában elterjedt biopszia-ellenes attitűd kialakulásában (EM.S.3.3) is jelentős szereppel bírhatnak. Eszerint a biopszia, mint eljárás, azért kerülendő, mert „*a daganat voltaképpen a test természetes védekező mechanizmusa*”, mely „*védőburkot képez*” a rákos sejtek köré és „*hermetikusan lezárja*” a beteg területet (TN). A biopszia során az orvos felmetszi ezt a „*védőburkot*” és a rákos sejtek kijuthatnak a szervezet többi részébe, azaz metasztázist

okozhat (TN). Egy beteg, aki feleségével érkezett a HKO rendelőbe, kifejezetten azért választotta az akupunktúrát, „mert nem akartuk a biopsziát...12 helyről vesznek szövetmintát a prosztatán belül” fejtette ki a feleség, majd hozzátette: „Én is tanultam biológiát, sőt, biológia tanár voltam sokáig...tudom, hogy ha eltávolítanak rákos sejteket, akkor csak újra nő” (TN). A biopsziás eljárás pontatlanságára is utalt a házaspár, amikor mesélte, hogy egy ismerősüknek nyolcszor végeztek biopsziát és „csak nyolcszadszorra találtak rákos sejtet” (TN). Egy, a közelben várakozó beteg a következőképp szólott hozzá: „Én nem hagynám böködni” (TN). A narratívák és kontextusuk rávilágít arra, hogy az információ-értelmezés nem pusztán korábbi ismeretek, prekonceptiók függvénye, hanem a tapasztalattal rendelkező sorstárs által is befolyásolt.

Emberkép

Egy ellenerőkkel teli világban és egy urbanizált, megterhelő, „vegyszerezett” társadalomban az embernek szüksége van erős védelmi vonalakra, mely az immunhangsúlyos MM-ben az Ént védő immunrendszer:

„A szervezetnek egy olyan védekező rendszere, amely megvéd a külső, belső ellenségeinktől. Tehát ugye ezt úgy kell elképzelni, hogy van a belső énem és kívülről jönnek mindenféle részecskék, kis ellenemberkék, organizmusok, amelyek ugye behatolnak a bőrünkön keresztül, a légutakon keresztül, behatolnak ugye a szemem keresztül, az ételekben, mindenhol, és hogy ha valakinek az immunrendszere nem volna, akkor ezek megbetegítenének bennünket.” (P.T.)

A narratíva az immunrendszert pajzsként ábrázolja, mely – ha egészséges és erős – a környezetből jövő különféle támadásokat hárítja. Az immunrendszer a testtől független, mégis abban elhelyezkedő rendszerként vagy „kaszádként” jelenik meg, és ahogyan az ember maga, az „erős-gyenge” tengelyen helyezkedik el, attól függően, hogy miként birkózik meg a rá ható erőkkel.

Fontos szereppel bír az immunrendszere erejével korreláló „tolerancia” koncepciója is. A „steril” és egyúttal „vegyszerezett” vagy „szintetikus” fizikai környezet gyengíti az immunrendszert, míg régen, mivel más volt a környezet, az immunrendszer is másképp viselkedett. Ez az émikus kép legtöbbször együtt jár a „rég

idők” romantizálásával (akár saját gyerekkora, akár az emberiség kezdete kapcsán), amikor még „*természetes*” környezetben élt az ember. A romantizált régmúltban pozitív kihívásként konceptualizálódnak a környezetben lévő ágensek, így az immunrendszer is optimális mértékben dolgozott és erős maradt. Manapság különválhat a pozitívan megítélt „*természetes*” pizsok (vidéken, „*természetes környezetben*”) és a negatívan megítélt modern vagy „*vegyszeres*” pizsok (városban, „*mesterséges környezetben*”). Az előbbi építő, az utóbbi káros hatással van az immunrendszerre. A környezet és a pizsok megítélésében számottevő, hogy ember-alkotta jelenségről beszélünk-e vagy sem. Az immun-hangsúlyos MM-ben az ember-alkotta környezet negatív megítélésének extrémje: az ember önmagának állítja elő azt a környezetet, mely végül őt támadja és betegíti meg.

Betegségkép

Az immunrendszerrel kapcsolatos etiológia különböző elképzelésekből ered (EM.I.2.3, EM.I.3.3), és alapvetően két tematikus csoportba sorolható koncepciókat foglal magában: az alul- és túlműködés valamint az öntámadás. Az immunrendszer alulműködését többféleképpen konceptualizálták a betegek, például a korrall járó legyengüléssel:

„...hogy haladunk negyven felé, ezt érzem, akkor már nem bírunk annyit. És a szervezetünk ezeket egész egyszerűen tárolja, az immunrendszer. És egyszer csak azt mondja, hogy »kész, elfáradtam« és akkor nagyon betegek leszünk. [...] A daganatos megbetegedések, sajnos, azok is ugye az immunrendszer gyengeségei miatt jönnek létre. Minden, minden.” (P.T.)

Az immunrendszer gyengülésében nem pusztán a „*lelki*” vagy fizikai kimerülés játszhat szerepet (TN), hanem a különféle „*vegyszerek*” felhalmozódása (TN) és a nem megfelelőnek ítélt táplálkozás, például a túlzott húsfogyasztás (P.T.). Továbbá vannak olyan, a nyugati medicinához kötött eljárások, melyeket a beteg az immunrendszert romboló vagy gyengítő folyamatnak vél, mint a sugárkezelés. Több beteg érvelésében a sugárkezelés azért nem hatékony a daganatos betegségek kezelésében, mert „*tovább gyengíti*” az eleve legyengült állapotban lévő immunrendszert (TN), azaz gyengíti a pajzsot, mely az egészséget tartja fent és védelmet nyújt az Én számára. A sugárkezelés ezért megjelenhet úgy is, mint egy Ént támadó eljárás (TN). Tehát, a betegek narratívái

alapján, az immunrendszert lehet gyengíteni, de erősíteni is, ez utóbbihoz hozzájárul az életvitel, a táplálkozás és a pihenés jónak ítélt egyensúlya és különböző „természetes” gyógymódok.

Az etnográfiai adatok szerint, ahogy az immunrendszer alulműködése betegséghez vezethet, úgy a túlműködése is lehet felelős egy betegség kialakulásáért. A betegek a túlműködést leginkább „*túlzott reakcióként*” konceptualizálták és az allergiához kötötték: „*A pollenallergia is túlműködés. Az immunrendszer túlműködése. Minden allergia az*” (P.K.).

Amennyiben az immun-hangsúlyos és a pszichoszociális etiológia találkozik, az immunrendszer ereje, – és emiatt az egészség – az érzelmi jóllétnek vagy „*egyensúlynak*” köszönhető. Ha felborul ez a pszichológiai „*harmónia*”, akkor az immunrendszer gyengül és különféle betegségeket okozhat. Illusztrációként szolgál egy HKO rendelő váróhelységében zajló, az influenza oltásról szóló párbeszéd két beteg között. Az egyik beteg (B1) már rég óta járt a rendelőbe, a másikkal (B2) az első alkalma volt:

B1: „*Az influenza egy banális betegség, teával pár nap alatt gyógyítható, ezért ne tegye ki a szervezetét, az immunrendszerét egy oltásnak, felesleges.*”

B2: „*Vagyok már annyira erős? És most ugye [az akupunktúrás kezeléssel] az immunrendszeremet erősítem?*”

B1: „*Igen, igen...és az influenza pszichés. A legtöbb betegség belülről jön, olyan is, amiről nem is gondolnánk. [...] Nem kell sok inger a szervezetnek, mert a szervezet hozzászokik.*” (TN)

Az információcsere nem csupán arra világít rá, hogy az akupunktúra működését immunerősítőnek konceptualizálják mindketten, hanem arra is, hogy az influenzaoltás, mint erős „*inger*” jelenik meg, melyhez a szervezet egy idő után hozzászokik és immunnissá válik. Tehát értelmezhető a párbeszéd úgy, hogy a szervezet akkor „*erős*”, ha kevés „*inger*” éri. A beszélgetés kontextusa a „*mesterséges ingerekre*” terjedt ki, mint például oltások és fájdalomcsillapítók, melyeket, ha a szervezet rendszeresen kap, függőséget alakíthatnak ki és ebben a függő viszonyban gyengül mind az immunrendszer, mind az „*inger*” hatékonysága. A párbeszéd azt is eklatánsan illusztrálja, miként enkulturálódik (tanul bele) az új beteg a HKO kezelő szociokulturális közegébe (7.3.3 pont).

A pajzs, mely megvéd és megtámadja a szervezet „*ellenségeit*”, önmagára is támadhat. Ez szoros korrelációban áll a konvencionális medicina által autoimmun betegségeként kategorizált megbetegedések laikus értelmezésével. Az etnográfiai anyagban szereplő betegek, akik betegségüket immunrendszerük önmaga elleni támadásának konceptualizálták, autoimmun betegségben szenvedtek, mint például rheumatoid arthritis és Crohn-betegség (TN, P.D). Az utóbbi betegséggel küzdő beteg a következőképpen írta le tüneteinek immunszuppresszánszal történő kezelését: „*Az egész egy autoimmun betegség, és akkor így lenyomták az immunrendszeremet, hogy ne támadja saját magát*” (P.D.). Az immun-hangsúlyos etiológia ezen verziója könnyen kapcsolódhat a vitalista vagy a pszichoszociális etiológiához, de más etiológia-típusokhoz is.

Egészségkép

Az MM többi részével konzisztens módon, az immun-hangsúlyos egészségkép alapvetően az erős immunrendszer képében jelenik meg és az MM specifikumaitól függően számos dolog erősítheti: kellő alvás és pihenés, megfelelő táplálkozás, megfelelő mozgás, a kikapcsolódás és a munka megfelelő egyensúlya, természetes lakókörnyezet, konstruktív társas kapcsolatok, kiegyensúlyozott affektív világ stb. A „*kellő*”, „*megfelelő*” és „*természetes*” émikus, szubjektíven meghatározott értékítéletek. Az immun-hangsúlyos MM-mel rendelkező beteg a KAM-mot leginkább „*természetes, öngyógyító*” folyamatok serkentése és „*immunerősítő*” jellege miatt alkalmazza. Az akupunktúra is ezek miatt hat, főként az immunrendszert erősíti (TN), az erős immunrendszer pedig segít a betegségek „*leküzdésében*” (P.T.) és a regenerációban.

6.3.2 Táplálkozás-hangsúlyos MM

Világkép

Az immun-hangsúlyos MM-hez hasonlóan, a táplálkozás-hangsúlyos MM-ben a világot „*vegyszerek*” és „*méreganyagok*” szennyezik be, de ezek hatása elsősorban a táplálékkal kapcsolatban kerül hangsúlyozásra. Az egyén tehát szennyezett világban érzi magát, és az ételen keresztül szeretné a tisztaság érzetét fenntartani vagy megteremteni önmagában (EM.S.1.2, EM.S.4.2).

„Egy táplálkozás megváltoztatása iszonyatosan nagy energiába kerül az embereknek. Ugye el kell menni mondjuk egy bio boltba mondjuk adott esetben azt a tisztább táplálékot. Nem azt mondom, hogy teljesen tiszta – mert sajnos, és ezt is brutális kimondanunk, egyébként szörnyű állapotba jutottunk, hogy semmi nem tiszta, tehát semmiről nem állíthatjuk, hogy vegyszermentes. [...] Ugye a nagy hipermarketekben, szupermarketekben, ahová az emberek beugranak vásárolni, ott nem találnak tiszta terméket, az a baj. Tehát minden, ami be van csomagolva már nem.” (P.T.)

A narratívában, ahogy az MM-ben is, az ételben lévő szennyezettség azonosul a „vegyszerekkel”, ugyanide sorolható az „élelmiszeradalék”, a „szintetikus”, a „mű”, „mesterséges”, melyeknek kulturális inverze az „adalékmentes”, a „biotermék”, az „organikus” és a „természetes” (TN, P.T., P.D., P.K.). Részben ezekre az ellentétekre épülő preferenciák mutatkoznak az étrend kapcsán, így a teljes kiőrlésű termékek és a biotermékek előnyben részesítése, illetve a Paleolit diéta, a veganizmus és vegetáriánizmus követése. Ezek fogyasztói szokásokat is jelentenek egyben (7.5.6 pont), melyek nem pusztán az ételekben merülnek ki, hanem egyéb termékekre is átívelnek, például a kozmetikai és illatszerekre:

„Ha belegondolsz, akkor mondjuk egy nő – mert hogy a nők azok akik inkább kozmetikázzák magukat, de egy sima szappan, egy tusfürdő, amit te megveszel – egy nő, mielőtt leülne reggelizni, 500 káros anyagot juttat a szervezetébe. Ugye kezdem mindjárt a szappannal, aztán ugye a tusfürdő, aztán ugye a különféle arckezelések kapcsán...tehát nagyon sokat, nézzél meg egy szappant, hogy mennyi minden van benne, és nehogy azt higgyük, hogy ezek kis jelentéktelenek, ezek behatolnak a bőrünkbe és szépen, szépen fölhalmozódnak.” (P.T.)

A világból tehát a „káros anyagok” bejuthatnak a szervezetbe, felhalmozódhatnak és betegséget okozhatnak. Ezért jelentős attraktor a „méregtelenítés” koncepciója és gyakorlata, mely során az egyén a „vegyszerektől, méreganyagoktól, salakanyagoktól” való tisztulást éli át (TN). Ez a „vegyszermérgezésekből” (P.T.) való megtisztulási folyamat akár szimbolikus értékkel is bírhat (7.5.3 pont). Szignifikáns attraktor a „természetesség”, főleg az „egészséges ételek” kapcsán, melyek nem „génkezelték”, nem „vegyszerezettek”, hanem „organikus”, biogazdálkodásból származó, nem a tömegtermeléssel társított termékek. A gyógynövények, melyek felé erős preferencia

alakulhat ki, szintén „természetes” jelzővel bírnak (P.I., P.T., P.K., TN). Ha a romantizált Kelet megjelenik, akkor annak képében, hogy „*az emberek maguk termelik meg azt, amit megesznek*” (TN).

A terápiaválasztásban is megjelenhet a „természetes”, illetve a „népi”, a „hagyományos” vagy az „ősi”, melyek jelentős kulcsszavak egy bizonyos gyógy mód vagy medicina legitimálásában (EM.W.4.1, EM.W.4.2):

„Ugye ezek a keleti tudományok két-három ezer évesek, tehát nagyon-nagyon régi és mindig csak abba gondoljunk bele, hogy az őseink az hogy gyógyította saját magát. És valahogy lehet, hogy most már az lenne az egészséges, és az lenne a természetes, hogy...hogya oda visszakanyarodnánk.” (P.T.)

A narratíva nem pusztán azt illusztrálja, hogy a hosszú múltra visszatekintő gyógy módok bizalomkeltők a beteg számára, hanem a „természetességet”, az „ősiséget” és az „egészséget” mind összevonja egyetlen asszociációs képben. Ez a kép a jelenlegi szociokulturális világnak implicit kritikája: az egészséges és a természetes inverze a modern. Ez az asszociáció könnyen része lehet az ökológia-hangsúlyos MM-nek is.

Társadalomkép

A következő többségi társadalomhoz társított értékek bármelyike vagy mindegyike elutasításra kerülhet a táplálkozás-hangsúlyos MM-ben: fogyasztói társadalom, piacorientáltság, tömegtermelés, a természetes környezet felélése, gyorsételek, mesterséges adalékanyagok használata. Míg ezek inverzével való azonosulás a többségi társadalmi értékek ellen való fellépésként tematizálódik: fenntartható fejlődés, organikus termékek, biotermékek és biogazdálkodás, kis kommunális közösségek, házi és népi praktikák, hagyományos gyógy módok. Az egyén a vegán étrendet választhatja például „vallási” vagy „spirituális” meggyőződésből vagy azért, mert a többségi társadalmi értékek ellen kíván fellépni. Fontos szerepe lehet az in-groupnak, melyhez az egyén étrend, mozgásfajta (pl. jóga) vagy egyéb kulturális érték alapján vonzódik, és ez visszahathat a terápiaválasztásra is.

Nyugati orvosláshoz való viszony

A táplálkozás-hangsúlyos MM-ben a biomedicina azonosulhat az egyén által elítélt többségi társadalmi értékekkel, ezért negatív asszociációkkal bírhat.

Mindemellett, a „vegyszer” sok beteg esetében azonosul a „gyógyszerrel” (EM.S.3.2). Így, amennyiben a beteg gondolkodásában ez az MM dominál, gyógyszerellenes attitűd jellemezheti, melyet minden áron tartani szeretne, még komoly – de nyugati orvossággal gyógyítható – betegség esetén is. Az etnográfiai anyagban a betegek az antibiotikumot nevezték meg legtöbbször „méregként” és többen azért alkalmaztak KAM-mot (TN). Hasonló attitűd, és ugyanúgy gyógyszerellenesnek jellemezhető, ha a beteg azért utasítja vissza a gyógyszeres kezelést, mert nem akar „rászokni”, illetve a mellékhatásokra adott újabb gyógyszerektől tart. Mindkét attitűd a gyógyszert, mint szennyező, káros anyag jellemzi, mely szubperszonális szinten „több kárt tesz, mint jót” (TN).

Emberkép

A táplálkozás-hangsúlyos MM emberképében leginkább az ember a testtel azonosul. A test akár redukcionista módon is konceptualizálódhat (biokémiai, sejtszintű folyamatok). További hangsúlyos összetevő az immunrendszer is, mely különálló, de a testen belül elhelyezkedő, védő entitás. A test egészsége, tisztasága, karbantartása rendkívül fontos és az emberképben is megjelenik, a táplálkozással összekapcsolódik: „az vagy, amit megeszel”.

Betegségkép

Elterjedt koncepció volt a mintában, hogy a jó táplálkozás jelentősen hozzájárul az egészséghez (EM.H.2.4), viszont a rossz táplálkozást kevesen tették felelőssé betegségük kialakulásáért (EM.I.2.4, EM.I.3.4). A táplálkozás főként más etiológiákkal együtt szerepelt, leginkább az ökológiai betegségekkel. A következő egy interjúalany magasvérnyomásáról szóló narratívája:

„A múlt hét előtt, már mikor idejöttem, akkor is magas volt a vérnyomásom [...] egy hétig nem tudtam lenyomni, még gyógyszerrel se [...] A 220 és 180 közt ingadozott [...] És akkor megtaláltam az okot: előtte – mielőtt fölment a vérnyomásom – akkor ettem füstölt fejet, amit a szomszédasszonyomtól kaptam [...] ilyen kocsonyát csináltam belőle. Első alkalomra se igazán ízlett, de azért megettem belőle még vagy két adaggal, és ez nem tetszett a májammal. És ettől a fejfájásom volt, a vérnyomásom fölött volt. [...] Valamiért vagy úgy volt füstölve,

vagy a májam nem tudja tolerálni a füstölt anyagot...ez rendes füstölés volt ráadásul, tehát parasztfüstölés volt. Még csak nem is az, amit ilyen mesterségesen rátesznek, ilyen füstölt pácot.” (P.K.)

Az alany tehát magasvérnyomását a füstölt húsból készített kocsonyának tulajdonította, de jelentős a narratívareszlet végén tett megjegyzése is, mely szerint a „rendes” füstölést szembehelyezi a „mesterségesen rátett” ízzel. A narratíva folytatásában látható, hogy a beteg nem orvosi véleményre vagy leletre hagyatkozik, mint teóriáját alátámasztó bizonyítékra, hanem fellépő testérzeteire és a bevitt táplálék interakciójának időbeliségére, ezek értelmezésére.

„Sz.: És hogy jöttél rá, hogy ez volt az oka?

P.K.: Mert nem az első volt már. Ja és aztán utána, mikor kijött belőlem, tehát ilyen három nap múlva – tehát alul, mert hányni nem voltam hajlandó – akkor lement a vérnyomásom. Ezt már többször tapasztaltam, csak nem akartam tudomásul venni, mert nagyon szeretem a füstölt ízt. Ha nem bírja a szervezetem, nem bírja a szervezetem, tehát ez is egy allergia tulajdonképpen. És ez az ok.”

A beteg tehát magas vérnyomását „allergiás” reakcióként konceptualizálta, melyhez a szöveggörnyezetben nem kapcsolódott egyéb etiológiai elem. A következő, emésztési panaszokkal küzdő beteg narratívája a „természetes”, a „vegyszer” és a „gyógyszer” összekötését illusztrálja.

„...volt egy XY valaki, aki cukorbeteg volt, magas volt a vércukorszintje, és [...] a zsírszintje magas volt a vérben [...] ez ugye nem tesz jót az ereknek, érlemeszesedés nevű betegség, ami egy népbetegség tulajdonképpen, és hozzáteszem, hogy civilizációs betegség, mert hogy azt mondom, hogy az őseimbeknél vagy ugye a régebbi generációknál nem volt érlemeszesedés jóformán, ma meg már harmincéves korban elkezdődik, akkor ezzel utalok arra, hogy milyenek a környezeti hatások, milyenek az ételek. És nagyon drága gyógyszereket szedett ugye erre a trigliceridjére és alig-alig csökkent a szint a vérben [...] és nem tudom, úgy 2010 környékén [...] elkezdtem utánaolvasgatni teljesen véletlenül, az hogy mi van benne egy üdítőben például.”

A beteg egy sorstárs történetével vezeti be, hogy a táplálkozás fontos szereppel bír a betegségben (vércukor, érlemeszesedés), és kitér arra, hogy az ételek és az

életkörülmények minősége – ezért az egészség is – régebben jobb volt. A narratíva a következőképpen folytatódik:

„És akkor elkezdtem olvasgatni, hogy [...] mi-micsoda, és na, bennem ez indította el, hogy úristen, ez nem biztos, hogy egészséges. Akkor szembesültem egy olyan ténnyel, amivel még az emberek nem szembesülnek egyébként most sem. Azzal, hogy azt hiszik az emberek, hogy amit megesznek, meg megisznak az jó, mert ugye ellenőrizve van. Pedig ez egy nagyon nagy tévedés. Ezt én sem hittem el annak idején, de most már sajnós el kell hinnem. Ugye mindenben van egy kicsi valami, ami az anyag határértéke alatt van. Igenám, de felhalmozódik a szervezetünkben.

Sz.: *És mi történik akkor?*

P.T.: *Hát, ezek lerakódnak, mondjuk azt, ezek vegyi anyagok. Tehát ezek nem természetes dolgok, tehát vegyszerek vannak mindenhol. Vegyszerek vannak az üdítőkben...na most nem akarok a vegyszerekbe túlságosan belemenni, hanem csak egész egyszerűen, a történetem ott folytatódott, hogy én akkor nem azt mondtam, hogy egyről a kettőre, hanem hogy szépen lassan elkezdtem lecserélni a konyhámat, különféle táplálékokat.”*

A beteg információkeresése egy előzetes prekonceptió alapján indult el (sorstárs vércukorszintje, „véletlen” elolvassa „mi van benne egy üdítőben”, majd „elkezd[ett] olvasgatni”), és megerősítette abban, hogy az ételek és italok „egészségtelenek” a bennük lévő „vegyi anyagok” miatt. A beteg egyfajta bizalomvesztésről is beszámol („most már sajnós el kell hinnem”, „ténnyel szembesül”), mely a fogyasztói társadalommal, az ellenőrizetlen piaccal, a „határértékek” érdekorientált felállításával és felügyeletével kapcsolatos.

A következő narratívareszlet a táplálkozás-hangsúlyos etiológia és a gyógyszer, mint „vegyyszer” koncepcióját mutatja be. A beteget epehólyagból kiinduló áttétes rákkal diagnosztizálták:

„P.Gy.: Hát nem tudom [...] meg ugye én nem tartottam az epe diétát se sose. Össze-vissza ettem. Amikor a fogam, elsorvad az ínyem, van csináltatva fogam, csak egyszerűen most ugye, hogy az utóbbi időben nem tudtam berakni [...] Mert soha nem tudtam enni vele, [...] abba a pillanatba, hogy ráharaptam valamire, már megmozdult a ragasztó, tehát úgy meg dolgozni, beszélni egész nap

vevőkkel nem tudsz, hogy a szájába jár az embernek a foga. [...] De bizony volt az, hogy csak este jutottam kajához, na most annál rosszabb nincs.

Sz.: Ez az élet, ahogy azt mondod, hogy ez ennek az összessége jelentkezhetett így, ez miért pont az epédben?

P.Gy.: Nem tudom, na ez, ez elég érdekes, mert az, hogy epegörceim lettek volna hogy töltött káposztáztam, mert a Gy. azt nagyon szereti, borzasztóan, én nekem nyúlnak kellett volna születni, káposzta hegyeket elbírtam volna hordani. A füstölt dolgokat is, tehát ha ettem, akkor azért úgy nem válogattam ki azért, hogy most ezt szabad vagy azt nem szabad. Na de kérdezlek én téged, akkor ebből miért rák lenne, miért nem egy egyszerű iszonyatos fetrengős epegörce, vagy eperoham? Attól nem ráknak kell lennie, tehát [...] előbb gondoltam volna máj rákra a rengeteg gyógyszer végett, hát olyan mennyiségű gyógyszert szedettek velem, hogy az utcán nem bírtam rendesen közlekedni, éreztem, hogy így a hév kereke húz maga alá. Pokolian szétgyógyszereztek engem. Iszonyatos módon.”

Az interjúalany hangsúlyozza, hogy a nem megfelelő és rendszertelen táplálkozás felelős lehet egy betegség kialakulásáért (jóllehet az ő esetében a munkavégzés körülményeit teszi végső soron felelőssé), de kételkedést is kifejez a konkrétan megnyilvánuló betegséggel kapcsolatban („...*miért rák lenne, miért nem egy egyszerű iszonyatos fetrengős epegörce...*”). Mindemellett, bár csak feltételes módban, beszél arról is, hogy a túlzott mennyiségű gyógyszer szedése viszont egyértelműen okozhat daganatos betegséget. Ez a meggyőződés számos betegre jellemző volt, gyakran gyógyszerellenes attitűdöt eredményezett. A táplálkozás-hangsúlyos etiológia tehát az ökológiai tényezőknek tulajdonított betegségekkel szoros összefüggést mutat, és az adatok alapján önmagában ritkán szolgál magyarázatul egy betegség kialakulására.

Egészségkép

A táplálkozás-hangsúlyos MM-ben az egészség a jó étkezéssel társított és megőrizhető a „*tiszta, egészséges*” ételek és italok fogyasztásával – ezek pedig erőteljesen hozzájárulhatnak a betegségből való gyógyuláshoz is. A beteg, akinél ez az MM hangsúlyos, sokkal hamarabb próbálkozik egy diétával vagy koplalással, minthogy valamely nyugati vagy KAM gyógymódot igénybe venne. Paradox módon, míg a

nyugati orvoslás „szerei” legtöbbször negatív asszociációkkal bírnak, a KAM „szerei” pozitív tartalmakkal párosulnak, így a gyógynövény, az étrendkiegészítő, a vitamin, a gyógytea a beteg bizalmát élvezik és fontos szerepet kaphatnak a betegség kezelésében (TN). Alapvető fontossággal bír az egészségképben és a gyógyulás folyamatában a „méregtelenítés” vagy „vegyszermentesség” koncepciója, mely a beteg tisztaságra, megtisztulásra való igényét fejezi ki.

6.3.3 Ökológia-hangsúlyos MM

Világkép

Az ökológia-hangsúlyos világképben, mely erőteljesen kapcsolódik az immun- és táplálkozás-hangsúlyos MM-ekhez, a fizikai és a szociális világ egy veszélyes és szennyezett hely (EM.S.1.1, EM.S.4.1). A világ szennyezettsége a vegyszerek, méreganyagok (ételekben, illatszerekben stb.) és a környezetszennyezés (levegő, víz, fény stb.) fokozott jelenlétében nyilvánul meg. Létezik a környezetszennyezés más típusa, mely rossz szándékot feltételez vagy minimum tudatos hanyagságot, mint például a „chemtrail” és az „elektroszmog” jelensége. A chemtrail a repülőgépek után hátrahagyott kondenzációs csík, melyet sokan szándékos mérgezésnek tartanak és úgy gondolják, hogy nem csak a levegőt szennyezi, hanem az elővilágot is, amiből többek között az étel is származik. Az „elektroszmog” pedig az elektronikai eszközök, akkumulátorok, áram, telefonrendszerek stb. által kibocsátott káros sugárzás, melyet sokan rákkeltőnek vélnek és rossz szándékot vagy emberi mulasztást feltételeznek mögötte. A világ tehát nem pusztán piszkos, hanem okkal szennyezett: rossz szándék, hanyagság vagy a korszellem maga a felelős mindezért, egyszóval, a világ nem biztonságos. Gyakori attraktort képezhet az alternatív történelem, az összeesküvéselméletek és a magyarságtudat egyes formái, ahogyan ez a társadalomkép kapcsán kifejtésre kerül.

Társadalomkép

A legmarkánsabb különbség az immun- és táplálkozás-hangsúlyos MM-hez képest egyetlen retorikai elemben megragadható, a passzív/műveltető mondatszerkezetben, például „vegyszerezve van az ember” (P.T.). A passzív mondatszerkezet feltételezi, hogy: 1) valaki vagy valami okozza a jelenséget, és 2) rossz

szándék vagy hanyagság áll mögötte. Ahogy a betegségkép kapcsán később részletesebb kifejtésre kerül, a társadalom maga rossz-szándékú, elnyomó, kontrolláló erőként jelenik meg, mely az egyént kimerültséget és betegséget okozó életvitelbe, életkörülményekbe kényszeríti.

Az ökológia-hangsúlyos MM-ben is fontos szerepet játszik a romantizált múlt és a jelen negatív megítélése. A negatív asszociációk vonatkozhatnak erkölcsi normákra vagy életkörülményekre: „*A világ rossz irányba megy [...] Ebben az anyagiak is olyan irányba haladnak, hogy valaki örül, hogy ha egy kis lakásra telik*” (P.T.), vagy a természetes erőforrások felemésztésére: „*A nagyvárosok a Föld rákos daganata*” (TN). Az ökológia-hangsúlyos MM társadalomképének másik fontos jelenségeköre az antropocén negatív megítélése: a világ vagy a társadalom nem pusztán hanyatló tendenciákat mutat, hanem „*természetellenes*” környezetet hoz létre (EM.S.4.1).

Ez a két attitűd feltételez egy ideális világot, legtöbbször egy „aranykort” amit hátra hagytunk és a beteg egyfajta nosztalgiával tekint vissza rá. Ez az aranykor lehet alternatív történelembeli vagy mitikus jellegű is, mint például Mu vagy Atlantisz elveszett kontinenseinek kultúrája, de ugyanakkor lehet egy visszavágyódás az egyén saját gyerekkorába, amit retrospektíven jobbnak ítél (valamely mérce szerint) a mostani korszaknál. A mitikus aranykorok kultúrái általában valamilyen „*közös ősi tudás*” birtokában voltak, melynek maradványait, foszlányait az ilyen MM elemmel rendelkező egyén gyakran az alternatív, régmúltú hagyományos medicinákban vél felfedezni (EM.W.4.3). Ezek az attitűdök egy speciális magyarságtudattal rendelkező in-groupba tartozással is járhatnak (EM.S.2.2), akár egy nemzet-specifikus népi gyógyászat igénybevételét vagy eltanulását is jelentheti, pl. táltosság, sámánizmus, lokális gyógyfüvek ismerete.

A többségi társadalom úgy jelenik meg ebben az MM-ben is, hogy a fogyasztás-orientált, piac- és érdekevezérelt társadalmi erők belekényszerítik az egyént a számára egészségtelen döntésekbe (étel, életvitel, lakóhely kapcsán) azért, hogy egyesek anyagi hasznot húzzanak belőle:

„Namost ugye azt mondjuk az embereknek, hogy »figyelj, készítsd el így, főzzél szappant, főzd meg, vagy főzzél kenyeret, vagy csinálj arcszeszt«, az embereknek nincs erre idejük. Nincs kedvük, nincs kapacitásuk, nincs idejük és inkább megveszik maguk. Tehát nem mennek el bio boltba vásárolni bio tejet egyébként

háromszoros áron, vagy egy szappant négyszeres áron, hanem megveszik azt, amit kapnak.” (P.T.)

A narratíva tartalmaz táplálkozás- és ökológia-hangsúlyos MM elemeket egyaránt, implicit módon közvetíti azt a vélekedést, hogy az egészség (mely minőségi ételek és életkörülmények feltétele) pusztán a jó anyagi helyzetben lévőknek adatik meg. Továbbá azt is tartalmazza, hogy a társadalmi erőknél kitett átlagembernek nincs elég ideje és pénze az egészségét megőrizni. Az érdekorientáltság, mint prekonceptió nem pusztán a fogyasztás, élelmiszer- és egyéb termékek piaca kapcsán jelenik meg, hanem áttevődik az egészségügyi szektorra is.

Nyugati orvosláshoz való viszony

A „*természetes*” (EM.S.1.3) és a „*nem természetes/természetellenes*” (EM.S.4.3) az ökológia-hangsúlyos MM-ben is szerepet játszhat, de ennél jócskán prominensebb a „*Big Pharma*” attitűd (EM.S.3.1). A korábban tárgyalt gyógyszerellenes attitűdtől abban különbözik, hogy rosszindulatú és anyagi motivációkat vél felfedezni a gyógyszeripar és az orvoslás működésében. „*A gyógyszeripar érdeke az embereket betegen tartani*” (TN), vélte sok, ezzel az attitűddel azonosuló KAM-használó. A Big Pharma attitűd kapcsolódhat az oltás-ellenességhez (EM.S.3.4) is, mely az immunizálás felesleges mivoltát (pl.: influenzaoltások) vagy a hatóanyag nélküli haszonszerző célokból kifejlesztett mivoltát (pl.: H1N1) vagy bizonyítatlan hatékonyságát (pl.: HPV) hangsúlyozza. Extrém esetben az oltások permanens egészségkárosító mellékhatásait is kiemeli (pl.: autizmus vagy izomsorvadás okozása) (TN). A Big Pharma attitűd alapvető társadalmi jelenségekkel kapcsolatos bizalomvesztést jelez:

„Sajnos most már itt az egészségnél ott vagyunk, hogy itt nem az egészség, hanem az orvosság eladásán van a hangsúly, minél több orvosságot adjanak el. És ezért borzasztó kegyetlenek az orvosok, akik belemennek ebbe a játékba.” (P.J.)

Az MM-ekben szereplő kódok együttes előfordulása azt jelzi, hogy a bizalmatlanság nem pusztán az orvoslásra vagy a gyógyszeriparra vetül ki, hanem az élet egyéb tartományaira is: a társadalom alapvető működésére, az iparosodás terjeszkedésére, a konzumerizmus orvoslásra gyakorolt hatására. A gyógyszeriparnak nem érdeke a „*természetes*” gyógymódokat terjesztenie, az orvos azért ír fel egy bizonyos gyógyszert,

„mert azért kapja a pénzt” (TN), és mindezen érdekek hierarchiájában a beteg legalul érzi magát:

„...nagyon komoly hiányok vannak. És ugye a pénzen is múlik. Hát a pénzen...ami pénz jut, abból...abból lefölezött a kórházi - van ismeretségem a kórházi szférát illetően és hát a gazdaságistól elkezdve a főorvosig mindenki kiveszi a magáét belőle. És nem a beteg az elsődleges. Mert élni akarnak! [...] A pénzért folyik a harc, minden területen. Tehát nem a betegért, hanem a pénzért. Ha nincs az az idős beteg, aki kevesebbet tud adni, van fiatal, akit, ő...akit kedvesebben látok el és több pénzt remélhetek tőle.” (P.É.)

Ebben a narratívában az alany kijelenti, hogy ez az érdek-orientált attitűd jellemző a társadalom egészére, és hozzáteszi, hogy mindezt „a társadalom maga termelte ki”. Érvéle szerint, amikor a fiatal orvostanhallgató belekerül ebbe a normarendszerbe, nehezen áll ellen annak, hogy azonosuljon vele – ugyanúgy a politikai szférában vagy bármely más érdekorientált közegben.

Emberkép

Az ökológia-hangsúlyos MM-ben is, ahogy az eddigi MM-ekben, a test és az immunrendszer jelennek meg, mint az ember legfontosabb alkotóelemei. De ez az MM az ember fizikai és szociális környezetének, illetve ezek hatásának is nagy jelentőséget tulajdonít. Mivel a fizikai és szociális környezet nem pusztán az ember testére hat (alvásdepriváció és túldolgoztatás kapcsán például), feltételezhető, hogy valamely újabb alkotóelem is benne foglaltatik az emberképben, például az elme. Nagy eltérések lehetnek abban, hogy az egyén miként határozza meg ezt az alkotóelemet, de szerepet kaphat a kogníció és az ember érzelmvilága is. Ahogyan a táplálkozás-hangsúlyos MM-nél, az ágencia itt is fontos szerepet nyerhet a betegmagatartásban, nem pusztán a pozitívan megítélt ételek, termékek, gyógymódok felkutatásában, hanem az egészségmegőrzés egyéb területein: „Elérkeztünk ahhoz a ponthoz, hogy nekünk kell gondoskodnunk az egészségünkről. A körülöttünk lévő világ az sok mindenben nem támogat minket.” (P.T.) Amennyiben a beteg úgy érzi, hogy a világ hátráltatja, támadja vagy kényszeríti bizonyos életkörülményekbe, ez a preconcepció aktivitásra készítheti.

Betegségkép

Környezeti etiológia kódot (EM.I.2.2, EM.I.3.2) az olyan narratívabéli tényezők kaptak, mint a fizikai környezetben lévő káros anyagok, a környezetszennyezés, a „*természetellenesnek*” leírt életkörülmények, valamint, ha a narratíva kényszerítő körülménynek írt le egy az urbanizációval vagy többségi társadalommal kapcsolatos normát. A környezeti tényezőknek tulajdonított betegség a narratívákban három fő tematikus blokkban jelent meg: az életmóddal, a környezetszennyezéssel és az illatszerekkel kapcsolatban. Az életmóddal összefüggésbe hozott környezeti etiológia a „*pörgős*” életmódot hangsúlyozza, melyre a „*modern*” ember rá van kényszerítve. Ez az életmód alvásideprivációval, stresszel jár együtt:

„Az életmód egy nagyon fontos dolog lenne, de a mai világban nagyon nehéz viszont ennek megfelelni, ma Magyarországon. Tehát az embereket – hogy mondják szépen ezt, hogy fogalmazzák? – hogy fenntartják körülöttük a mókuskereket. Tehát gondoskodnak arról, hogy meg legyen a pörgő életed. Az emberek rohanó életet élnek. Tehát az emberek nagy része befelé fordul, rohan, naptól napra, nincs idejük egymásra [...] minden csak rosszabb és nehezebb.”
(P.T.)

A narratíva külön kiemeli a magyar társadalmi nehézségeket és a külső erő (társadalmi normák) által meghatározott körülményeket, melyek ezt a helyzetet előidézik. Az interjúalany ezeket az életkörülményeket a betegségek okaként azonosítja:

„Tehát az az ember, aki keveset alszik, nyugtalan. Az egy idő után beteg lesz. Lehet, hogy nem megfázás lesz [...] lehet, hogy egy krónikus ízületi fájdalom, egy krónikus derékfájás, egy kiégési szindróma. Esetleg egy pajzsmirigy, ne-adj-isten, daganat.” (P.T.)

A fenti attitűdöket tartalmazó ökológiai etiológia gyakran együtt járhat táplálkozás- és immun-hangsúlyos etiológiával, hiszen a „*rohanó*” életmód eredményezhet rendszertelen vagy egészségtelen táplálkozást, valamint az alváshiány és stressz gyengítheti az immunrendszert. Érdeemes hangsúlyozni, hogy amennyiben az alany a többségi társadalom által történő kényszerítésnek véli az általa leírt életmódot, személye elleni támadásként konceptualizálhatja a kialakult körülményeket: *„A körülöttünk lévő világ az sok mindenben nem támogat minket”* (P.T.).

Az ökológiai etiológia prominens csoportja a környezetszennyezésre hivatkozó narratívák tartománya, mely nem pusztán az általános környezetszennyezésről szólnak

(levegő, víz, föld), hanem egyéb, a modern technológiák egészségkárosítónak vélt hatásáról is (7.5.2 pont). Az általános környezetszennyezés a levegő és a víz minőségére vonatkozik, ahogy ez a beteg összekapcsolja bőrbetegségével és asztmájával: *„Mi három évig a fiammal a Kálvin térnél laktunk, nagyon szennyezett volt ott a levegő és a fiamnak is ilyen barna foltok jelentek meg a bőrén. De neki elmúlt, nekem nem!”* (TN)

Egy melanómával küzdő beteg a családi házuk közelében elhaladó nagyfeszültségű áram által okozott *„elektroszmogra”* vezette vissza betegségének okát. A beteg először csak *„púpokat”* észlelt a fején, majd ezek eltűntek és megjelentek a testén máshol. Az etiológiáról való meggyőződést a betegben erősítette, hogy amikor hosszabb ideig elutaztak és nem tartózkodott a házban, akkor a tünetek elmúltak, majd amikor visszaért és hosszú órákig havat lapátolt az áramforrás közelében, újra észlelte őket. Elméletének alátámasztására vett egy műszert, amellyel *„mégmérte az áramot”* és az *„eszméletlen mértékben túllépte az egészséges mértéket”* (TN). A példa illusztrálja, hogy a laikus etiológia, mint preconcepció, milyen mértékben befolyásolhatja a viselkedést, amely visszahat a meggyőződés megerősítésére. Az elektroszmoghoz hasonló környezetszennyezés-konceptiókat takar a víz- és geopatikus sugárzás, azaz vízerek és Hartmann sugárzás (TN), mely kapcsán a gyógyulás érdekében a beteg gyakran átrendezi az otthonát vagy el is költözik (TN). Végül az ökológiai etiológiában prominens környezetszennyezési jelenség a *„chemtrail”*:

„Ma már sajnos ezt nem csak magunknak, hanem mások okozzák a betegséget, [...] hogy hívják? A levegőben vannak ezek a vonalak...hogy hívják ezeket? Track, track...? [...] Megy a repülő és húzza a csíkot! [...] Evvel mérgezik az embereket! [...] Ami kimegy, egy olyan dolog megy ki, ami káros az emberre. Rámeget a növényre, a vízbe, mindenhová, és akkor az ember azt megeszi. Az internet az tele van evvel kapcsolatosan. Chem-track, úgy hívják, chem-track!”
(P.J.)

Az interjúalany szándékosan véghez vitt, az emberek mérgezésére és megbetegítésére alkalmazott jelenséget ír le, és az interneten talált információk csak alátámasztották elméletét.

Az ökológiai etiológia utolsó, a narratívákban szereplő eleme az illatszerekhez, kozmetikumokhoz kötődik. Ebben az alcsoportban is jelentős összefüggések fedezhetők fel a *„vegyszer”, „természetes-természetellenes”* koncepciókkal kapcsolatban, mely

társadalmi, sőt, globális tendenciákkal is összefüggésben állnak (7.5.1-3 pont). Több beteg, aki hosszabb ideje KAM-használó, beszámolt arról, hogy nem használt vagy jelentősen redukálta az illatszerek használatát, mert betegséget okozó „*méreganyagok*” találhatóak bennük (TN). A környezeti tényezőknek tulajdonított etiológia tehát az életvitel, a környezetszennyezés és az illatszerekben található „*méreganyagok*” kapcsán került ismertetésre. A KAM-használók ebben az MM-ben a betegség kialakulásában kiemelt szerepet játszó ökológiai tényezők komplex képzeteket takarnak, melyek globális trendek lokális körülmények és pszichológiai tényezők függvényében alakulnak ki.

Egészségkép

Az ökológia-hangsúlyos MM-ben ahogy a betegség, úgy az egészség is külső tényezők függvénye. Az egészségkép egy olyan idealizált környezetben fogalmazódik meg, melyet a betegek által leírt hanyatló és urbanizálódó világ nem tud biztosítani. Az egészség megjelenhet egy, a modern világtól időben és térben távoli érintetlennek és tisztának képzelt világként, ahol az egészség is állandó állapot. Jelen világban és társadalmunkban az egészség leginkább a szennyezés csökkentésében, a veszélyek viszonylagos hártásában (vagy „*méreganyagok*”, „*sugárzások*” kerülésében), a betegségek és tünetek enyhítésében nyilvánult meg (TN). Az ökológiai egészségkép szerepet játszhat a vidékre költözés vágyában, megvalósításában is (TN).

6.3.4 Pszichoszociális-hangsúlyos MM

Világkép

A pszichoszociális MM világképében a világ egy társas interakciókkal teli, kapcsolatok által definiált és minősített közeget takar. Ezek az interakciók meghatározók az egyén mindennapjaiban, fizikai és pszichológiai állapotában, és abban, hogy miként gondolkodik a világról, társadalomról, emberről. Ha az egyén megítélésében a társas kapcsolatai stresszesek, akkor a világ stresszes. Ez az MM a legheterogénebb, ugyanis variációinak premisszái nagyon eltérhetnek, ahogy attraktorai és interpretációi is. Hasonlóan az immun-hangsúlyos MM-hez, a pszichoszociális MM is a mintában szereplő szinte minden egyén narratívájában szerepet játszott. Lehetséges

prominens attraktorok: a pszichologizáció, a kereszténység, egyéb vallások és KAM tanfolyamok.

Az eddig ismertetett MM-ből ez az első, ahol fontos szerepet kap a betegség személyre-szabott pszichológiai jelentése, azaz, hogy a beteg miként értelmezi betegségének okát, megjelenését pszichoszociális életére vonatkoztatva. A miértek (miért ez? miért most? miért én?) az eddigi MM-ekben nem töltöttek be ilyen jelentős szerepet. MM-től függetlenül, elindul a jelentésadás folyamata akkor, amikor ezek a kérdések felvetődnek és az egyén fontosságot tulajdonít nekik. A pszichoszociális és vitalista jelentésadás legnagyobb különbsége az „*energia*” koncepcióinak felhasználása vagy elhanyagolása. A pszichoszociális modellben az energia-metaphora nem jelenik meg, ugyanakkor a betegséggel kapcsolatos jelentésadás domináns részét képezik a pszichológiai elméletek laikus interpretációi. Mind a pszichológia, mint tudományág, mind a pszichologizáció, mint nyugati kulturális tendencia (7.4.3 pont) szignifikáns attraktor ebben az MM-ben.

Hangsúlyos attraktor továbbá a kereszténység fogalmi készlete (EM.W.5), mely szintén közrejátszik a jelentésadásban, leginkább akkor, hogyha a beteg ontológiájában prominens. Amennyiben a világképben dominálnak a keresztény koncepciók, úgy a betegség gyakori jelentése lehet a „*büntetés*” vagy „*vezeclés*” valamilyen elkövetett erkölcsi tettért, illetve lehet az ontológiai erők harcának következménye, melynek az ember színtere és áldozata: „*Ami fent, az lent. A rossz erők kifejtik hatásukat a testre is. A sátán és rosszindulatú lények*” (TN), ahogy egy pajzsmirigy problémákkal küzdő hatvanas éveiben lévő hölgy mondta. A kereszténységen kívül, KAM-hoz kötött vagy attól független vallási rendszerek fontos szerepet tölthetnek be a világkép konstruálásában.

A társas interakciók pszichológiai hatásaira kialakuló jelentések legtöbbször nem elaboráltak: „*Nem tudtam feldolgozni, ami történt velem*” (TN), „*Volt előtte olyan traumám, amit aktív koromban kellett megszenvednem, elszenvedni*” (P.S.). Sokszor „*a lelki konfliktusban*” az egyén passzív marad és tehetetlenséget él át. A vizsgált narratívákban a jelentésadás kevésbé prominens, mint a stresszorok kihangsúlyozása. Az elaboráltabb jelentésadási folyamatoknál fontos attraktor a KAM világában zajló tanfolyamokon való részvétel, főként pszichológiailag orientált módszerek elsajátítása, pl.: agykontroll vagy kineziológia.

Társadalomkép

A pszichoszociális-hangsúlyú társadalomkép az élet számos tartományában lévő közeli interperszonális kapcsolatok hálójából tevődik össze: munkahely, család, baráti kör, párkapcsolat stb. Az etnográfiai anyagban, ebben az MM-ben nem volt explicit módon megnyilvánuló egységes dialektika a többségi társadalmi értékekkel kapcsolatban. A szociális kapcsolatok individualizált módon kerültek az MM interpretációjába, szignifikáns szereppel bírtak és legtöbbször az egyén számára megterhelők voltak. Mivel a beteg szociális hálója gyenge vagy terhelt lehet, a terápiaválasztás során a KAM társas támogatása előtérbe kerülhet.

„Egyrészt, szerintem, az emberek viszonylag keveset beszélgetnek, én azt gondolom. Tehát sokan jönnek úgy ide, hogy...hogy otthon tők egyedül tengeti a napjait, senki rá nem nyitja az ajtót, és nincs úgy kapcsolata az emberekkel. És jól esik...jól esik megosztani mással a problémáját. Meg azt is gondolom [...] hogy sokszor, talán egy idegennek, vagy aki kevésbé van úgy benne a napi dolgod, dolgaidba, annak könnyebb elmondani a problémáidat.” (P.H.)

A narratíva a HKO rendelő személyeit, mint in-group írja le, mely a kevés szociális ingerrel rendelkező egyéneknek lehetőséget teremt a társas támogatás megélésére. Egyes HKO rendelők esetében ez a lehetőség jobban adott (4.2 pont), de ezt a pszichoszociális vágyat kielégítheti akár önmagában a KAM gyógyító is vagy a tanfolyamokon szerveződő in-groupok.

Nyugati orvosláshoz való viszony

A pszichoszociális-hangsúlyú MM együtt járhat azzal, hogy a beteg a biomedicinát a segélyforrások hierarchiájában hátrébb helyezi, mint az öngyógyítást vagy a fizikai probléma „*lelki eredetének*” megoldását. Egy beteg, aki emlődaganata gyógyítására az Új Germán Medicinát (ÚGM) próbálta alkalmazni, mindezt így írta le: „*Amikor először észrevettem a problémát, ÚGM-mel próbáltam megoldani, de nem tudtam elmulasztani.*” (TN). A laikus MM-je, ezen belül etiológiája meghatározó a terápiaválasztásban és a betegmagatartásban, sőt, azt is befolyásolja, hogy mikor fordul orvoshoz. A pszichoszociális etiológia késleltetheti az orvoshoz fordulást, nem pusztán azért, mert a beteg máshol keres „*megoldást*” vagy öngyógyításán „*dolgozik*”, hanem

azért is, mert az etiológia miatt nem gondolja a nyugati orvoslás gyógymódját hatékonynak. E logika szerint – amennyiben a fizikai betegséget pszichológiai és szociális tényezők okozzák – a betegség „igazi” okára keres gyógyírt. Ebben az MM-ben a „*fizikai szinten*” javulást ígérő gyógymód még nem egyenértékű a gyógyulással, elképzelhető, hogy a beteg csupán „*tüneti kezelésnek*” minősíti azt.

Emberkép

A pszichoszociális-hangsúlyú emberkép már három tartományt is szignifikánsan bevon: környezet (szociális milió és az emberre gyakorolt hatása), test és egy harmadik, változó módon megnevezett és definiált alkotóelem: psziché, lélek, szív, elme, szellem, tudat, gondolati és érzelmi világ. Hogy ezek az alkotóelemek egyeznek-e vagy miben különböznek nem kérdése a kutatásnak. Az emberkép szempontjából jelentős, hogy az egyén számára akármelyik és akármennyi alkotóelemből tevődik össze az ember, ezek az elemek interakcióban állnak egymással, valamint a társas környezettel, jóllehet aszimmetrikus módon. Az intraperszonális világban a pszichés tartomány nagyobb hatással van a testre, mint vica-versa; az interperszonális világban a környezet nagyobb hatással van az egyénre, mint vica-versa (TN). Az olyan prekonceptiók, mint a „*psziché hatása a testre*” és a „*gondolatnak hatalma van az anyag felett*” (TN) hozzájárulnak az emberkép konstruálásához. A pszichoszociális-hangsúlyú emberkép, mivel ennyire változatos, egyaránt járhat ágenciával (aktív; jelentésadás; KAM tanfolyamok; „*pozitív gondolkodás*”) vagy tehetetlenségérzettel (passzív; traumatizációban ragadt áldozat-szerep; stresszoroknak kitett emberkép).

Jelen emberkép sokszínű mivoltát jól illusztrálja, hogy a leggyakrabban elhangzó „*lelki*” szó vonatkozhat a kognitív és az affektív tartományra egyaránt, lehet „*spirituális*” vagy vallási töltete. Ugyanez az ambivalencia fedezhető fel a „*szellemi*” szóban, mely vonatkozhat tisztán kognitív folyamatok leírására, de akár a „*szellemgyógyászat*” folyamatainak, entitásainak („*angyalok*”, „*szellemi lények*”) leírására is (TN).

A pszichoszociális-hangsúlyú emberkép még egy fontos jellemzője lehet a test idegrendszerének hangsúlyozása, az idegek szerepe a hangulat szabályozásában,

valamint az egészség-betegség tengelyen való elhelyezkedésében. Az idegek a legtöbb narratívában „*felőrlődnek*” (P.S., P.J.) a túlzott igénybevételben vagy a pszichoszociális folyamatok heves idegi reakciókat idéznek elő (TN). Lehet valaki „*gyenge idegzetű*”, „*ideges típus*” vagy „*érzékeny idegrendszerű*” (TN), illetve maga a trauma lehet olyan jelentős, hogy végérvényesen „*raktározódik*” (P.J.) vagy „*nyomot hagy*” (TN) a testen, főként az idegrendszeren.

Betegségkép

A pszichoszociális tényezőknek tulajdonított betegségek (EM.I.2.1, EM.I.3.1) a gyűjtött etnográfiai anyagban a legelterjedtebb etiológia, mely szoros interakciót mutat a vitalista etiológiával. Mivel a résztvevő megfigyelés során nem készült minden alannal mélyinterjú, nem tudható biztosan, hogy a pszichoszociális etiológiaként kódolt narratívák közül hányan vitalisták is egyben, azaz rendelkeznek-e energiaképzetekkel vagy sem. Számos pszichoszociális betegségmagyarázat „*idegi*” folyamatokról szól, valamint számos pszichoszociális elképzelés pusztán „*lelki okokra*” hivatkozik anélkül, hogy „*energiára*” vagy más, a vitalizmushoz köthető elemre utalna. Így alább energiaképzetekkel nem rendelkező mélyinterjú-alanyok, valamint a terepről származó betegek releváns narratívái kerülnek felhasználásra.

A pszichoszociális etiológia legfontosabb prekoncepciója, hogy az ember alkotóelemei erős interakcióban állnak egymással és a szociális környezettel. A pszichoszociális etiológiával kódolt narratívák a következő alcsoportokba tematizálhatók: 1) „*feldolgozatlanság*”, 2) „*benntartás, elfojtás*”, 3) generalizált stressz, 4) szimbolizmus, 5) „*hibás programozás*” és 6) „*büntetés*”. Alább ezek az alpontok kerülnek kifejtésre.

Feldolgozatlanság

A feldolgozatlanság leginkább a „*trauma*” kapcsán merült fel. Az individuum úgy érezte, „*nem tudja hova tenni*” (TN) az eseményeket, érzelmeket, amiknek „*elszenvedője*” (P.S.). Ezek a feldolgozatlan „*traumák*” hatással vannak az idegrendszerre, ahogy egy Parkinson-kórban szenvedő beteg írta le: „*felőrlődnek*” vagy

„felemésztdőnek az idegsejtek” (P.S.), mert van „egy elvarratlan szál” az életében, amit „többé-kevésbé [tudott csak] megemészteni” (P.S.). A beteg pszichoszociális etiológiája megerősítést nyert, ahogy kapcsolatba került a KAM-mal:

„Gyakorlatilag ez a professzor ez mindent a lelki sérülésekre, idegrendszeri elváltozásokra vezet vissza. És a Parkinsonnal kapcsolatban, amit én kiszűrtem, az nagyon-nagyon keményen, egyértelműen ezt fogalmazza meg, hogy feldolgozatlan, esetleg régen keletkezett ilyen sérülést, az ember nem dolgozta föl idejében. És ez maradandóan benne maradt az emberben.” (P.S.)

Tehát betegségének etiológiája a fel nem dolgozott, mások által okozott trauma, a KAM betegségmagyarázat megerősítette meglévő prekonceptióját.

Benntartás, elfojtás

A kimondásra váró dolgok „benntartása”, illetve a kifejezésre váró emóciók „elfojtása” hasonló a „feldolgozatlan” traumához, mégis külön csoportban tematizálhatók, hiszen attól, hogy a beteg egy traumát nem „dolgozott fel”, még elképzelhető, hogy beszélt róla vagy máshogy kifejezete érzelmeit. A narratívák alapján a betegek „benntartás, elfojtás” alatt azt értették, hogy az illető tudatosan félreteresi azokat a dolgokat, melyekkel foglalkoznia „kéne”. Egy beteg férjéről mondta: „Ő sok mindent bent tart és nem mondja ki...ez betegséghez vezethet, ha nem vigyáz” (TN). Egy másik, középkorú hölgy pajzsmirigy panaszokkal (ciszták) volt a HKO rendelőben, és betegségét az „elfojtott érzelmek, a ki nem mondott szóra” vezette vissza (TN). Kifejtette, hogy anyósa nemrég odaköltözött a házukba egy családi haláleset után, és azóta „átvette a hatalmat” náluk, „rendezkedik és dirigál”. A beteg azt mondta, hogy nem tud anyósára rászólni, nem tud hangot adni feszültségeinek, ezért alakultak ki a pajzsmirigy ciszták (TN). Arra a kérdésre viszont, hogy miért pont pajzsmirigy cisztákban jelentkezik ez a feszültség, már nem tudott választ adni. Jellemző a pszichoszociális etiológiákra, hogy az MM általában a feszültség forrásának megnevezésénél megáll, nem tér ki a konkrétumokra, mely a test és lélek közötti pontos interakciót leírná.

Generalizált stressz

Ugyanez az általánosítás, akár konkrét személy vagy szituáció megnevezése nélkül, jellemző a „stressz” kapcsán. Általában a beteg megjelölt valamilyen stresszort, de nem került konkretizálásra. Például egy huszonéves nőbeteg, aki baktériumfertőzéssel és hajhullással ment el a HKO rendelőbe, az új munkahelyén átélt „stressznek” tulajdonította a baktérium, és e kapcsán a betegség megjelenését (TN). Szintén munkahelyi feszültségek okozták gyomorfájdalmát és bélgyulladását a hölgynek, aki szerint: *„Ez az új főnököm – mindent megtesz, hogy messze tudjon engem”* (TN). Egy harmadik, derékfájdalommal küzdő hölgy beszámolója szerint, a fájdalmak *„stresszből”* adódnak, melyek most *„felerősödtek, mert itt a karácsony”* (TN). A kérdésre, hogy a stressz miért pont a derekát érinti, azt felelte, nem tudja. Itt is érzékelhető, hogy a pszichoszociális etiológia nem feltétlenül terjed ki a konkrét testelme kapcsolat leírására vagy a konkrét stresszor megnevezésére. A következő példában a beteg konkrét stresszorokat nevez meg, de ambivalens hatásmechanizmust:

„Ez a munkahely jól kikészített, berakta a kaput, szerintem ez volt az utolsó lapát, ami rákerülhetett, mert, hogy ha azt kérdezik tőlem, hogy visszaemlékszem, mi az, ami úgy kicsinált az életemben – az egész életem. Hát, intézetben nőttem fel, a kislánnyal is volt, hogy sokáig egyedül voltam, rengeteg problémát, tényleg, a második házasságom is szarrá ment már 16-17 éve, hogy el kellett küldjem a férjemet. Tehát nagyon-nagyon sok minden ért az életben, nagyon-nagyon sok rossz dolog. Hát akkor ennek a hatása.” (P.Gy.)

Ez a narratíva jól illusztrálja, hogy az eddig tárgyalt alcsoportok (a feldolgozatlanosság, az elfojtás és a generalizált stressz) közös jellemzője, hogy a beteg a stressz(oro)k passzív „elszenvedőként” jelenik meg saját narratívájában. Ugyanez figyelhető meg, amikor a pszichoszociális etiológia ökológiai elemekkel társul:

„A legtöbb betegségnek a gyökere lelki eredetű, mint tudjuk. És ebben benne van a túlterhelés, a stressz. [...] Tehát az a baj velünk, magyarokkal, hogy egész egyszerűen nem tudunk, nem tudunk elszakadni a munkától, mert nem engedik, nem lehet. Az emberek féltik az állásukat, minden minden nehezebb körülöttük.” (P.T.)

Tehát a pszichoszociális-ökológiai etiológiai elemek együttes koncepciója lehet, hogy *„a betegség lelki eredetű”* és a stresszt az ember a rá kényszerített életkörülmények miatt éli át.

Szimbolizmus

Elterjedt elképzelés volt a mintában, hogy a betegség maga, illetve megjelenési helye a testen, szimbolikus módon is értelmezhető. Ez jellemző lehet a pszichoszociális és a vitalista etiológiára is. Mindkét esetben a beteg prekonceptiója az, hogy „*nem véletlen, hogy a betegség ott jelent meg*” (TN), ahol, és hogy a beteg tudata/elméje/lelke ezzel a fizikai betegséggel „*jelezni*” akar valamit az individuum számára. A szimbolikus betegségértelmezés megjelenése a pszichoszociális és vitalista etiológiákban azzal a különbséggel bír, hogy az előbbi etiológiában általában saját narratívájában passzív elszenvető a beteg, míg a vitalista etiológiában egy sajátos aktív betegmagatartással jár (6.3.5 pont).

A szimbolikus betegségértelmezésre jó példa egy beteg, akinek lábával kapcsolatos panaszait úgy értelmezte, hogy nem „halad”, nem tud „menni” (P.I.). Más beteg emlődaganatát az „*anyaság[ával]*” (TN), illetve a „*nőiesség[ével]*” (TN) kapcsolatos problémákra vezette vissza. A betegség szimbolikájának tartalma sok tényező függvénye, formálja az érintett testrész kulturális testhasználat, a nyelvben felfedezhető kifejezések, szólások értelmezése, laikus anatómiai és fiziológiai ismeretek, valamint az interneten és egyéb fórumokon fellelhető információ a betegségek „*lelki eredetéről*”. A kézizületeit érintő artritisz szimbolikus értelmezéséről egy beteg így beszélt:

„Merthogy én mindenkinek meg akarok felelni, és mindenkinek én teszek meg mindent, és ugye a kézzel, mindent a kézzel csinálsz. És ugye nekem nemhiába a kezem beteg. [...] Ezt úgy olvastam is, hogy tényleg így van, hogy én...mindig azt érzem, hogy én aranyos vagyok, kedves vagyok, és mindenkinek mindent szeretnék megcsinálni, és mindenkinek segítek, és mindig adok-adok [...] és én úgy érzem, hogy én meg nem kapok.” (P.I.)

Tehát a beteg a kéz kulturális testhasználatát az adással és a kapással tematizálja, a nyelvben is számos szólás ezt a funkciót erősíti (kezet nyújt, kezeskedik, kézhez kap stb.). A narratíva eklatánsan mutatja, hogy a beteg miként ülteti át a testhasználatot átvitt, érzelmi tartalomba: „*adok-adok*” és „*nem kapok*”. Jelentős a betegnarratíva folytatása, melyben meséli a HKO orvossal történő első konzultációt: „*És akkor ugye ezt mondtam az *akupunktőrnek*, és akkor így, mosolygott csak, és bólogatott, hogy jó,*

hát akkor ennyi” (P.I.). Akár egyetértett a HKO orvos a beteggel, akár nem, a beteg az orvos reakcióját egyetértésnek és megerősítésnek értelmezte, ami bizalomépítő hatással bírt. Ez az adat jelentős abból a szempontból, hogy illusztrálja, bizalomépítő lehet pusztán az, ha az orvos a beteg saját betegségének értelmezését megjegyzés nélkül meghallgatja.

Hibás programozás

Főként az agykontrollra, de más KAM-mokra is jellemző lehet a betegség, mint „hibás” pszichoszociális jellegű „programozás” koncepciója. Ebben a konceptuális modellben, a fizikai betegségek pszichológiai problémák miatt alakulnak ki, mely problémák traumákhoz vagy negatív asszociációkhoz köthetők. A pszichológiai probléma „hibás” programozást alakít ki a gondolkodásban és ez negatív hatással van a testre is. Alább egy allergiával küzdő beteg fejt ki a hibás programozást és az ebből következő megbetegedés folyamatát:

„Tehát megkerestük az okot, és utána megszűnt, elvágtuk a kapcsolódást. Ez a tudatalattinak a hibás berögződése. Az allergiát az okozza. Érdekes az ok. Nem egy ok van. Tehát a tudatalatti úgy működik [...] ebből a szempontból, az allergia kialakulásánál, hogy – példa: kisgyerek öö, játszik az udvaron, óvodában, mondjuk, és akkor a másik belenyomja a földbe, ott ugye tornáznak, minden, ez az első esemény. Következő eseménynél, játszanak a vízben, tehát már felnőtt ember is valamilyen módon, és akkor belekerül a vízbe, hogy mindjárt megfulladok. Na most, az első eseménynél ugye ott van, hogy föld, el van zárva az orrom, nem kapok levegőt, következőnél ott van, hogy ott a víz, el van zárva az orrom, nem kapok levegőt, még valami harmadik esemény is bejöhét, és akkor ezeket így szépen összerakja egy »fiókba« a tudatalatti, hogy ezek hasonlítanak egymáshoz. És amikor legközelebb, így egy hasonló esemény történik – tehát füstbe, cigarettafüstbe, vagy bármibe bekerül ez az illető, akkor a tudatalatti azt mondja: na, igen, megint nem kapok levegőt, inentől kezdve akkor, akkor takony, meg adjam ki magamból, és ezt utána folyamatosan programozza önmagának. Tehát, ezt mind egy fiókba berakja.” (P.K.)

A betegnarratívában felfedezhető a klasszikus kondicionálás laikus értelmezése, ahogy a feltételes reflex kialakulhat egy adott ingerre és más, hasonlóan érzett ingerekre is

megjelenhet. Több egyéb prekonceptió és attitűd fedezhető fel a „programozás”, a test-
 elme interakció és a pszichoszociális etiológia ezen változatában. A „programozás”
 mint kifejezés és koncepció erőteljesen kapcsolódik a „test mint gép” és a „tudat mint
 számítógép” emberképhez. A „programozás” lehetősége és aktusa az individuum által
 kontrollálható folyamatként konceptualizálódik, tehát összeköthető az ágencia
 témakörével. Továbbá, a „hibás” és „helyes programozás” feltételez egy kulturálisan
 determinált jó-rossz tengelyt az Én megítélésében.

Büntetés

Nem pusztán a magukat „vallásosnak” jellemző betegek esetében játszhat
 domináns szerepet a betegség mint büntetés koncepciója. Mivel kultúránk átítatott a
 zsidó-keresztény világképpel, a betegségkép is tartalmazhat olyan elemeket, mely az
 istenség vagy embertárs ellen való „vétek” következtében elszenvedendő vezeklésként
 jellemezhető. Egy interjúalany esetében ezt egy ismerősének példáján keresztül hozza
 be betegségképébe:

„Sz.: És mit gondolsz erről?

*P.I.: Nem tudom. Hogy az, mi rosszat tett, mit vétett, kivel, mivel, annak miért...
 még alig volt az életében valami, öneki mitől?*

*Sz.: Mindenféleképp egy büntetés ez? Mert ugye »mi rosszat, mit vétett«, ezt
 mondod.*

*P.I.: Nem tudom...Igen, most ezt arra, hogy mondjuk...egy felnőttnek, teszem azt,
 az [M]-nél, vagy nálam is, ugye a párkapcsolat, vagy a gyerekekkel kapcsolat,
 esetleg én mondtam valami rosszat, ami nem tetszett a gyerekemnek, azért nem
 áll szóba velem. Vagy nemtudom, tehát ami, nemtom, vagy mittudomén, megcsal
 a párod, és azért... tehát most úgy mondom, hogy rosszat tenni, most nem
 feltétlenül...*

Sz.: Hogy te tettél valamit, ha megcsal a párod?

P.I.: Nem, ő vétett, ellenem.

Sz.: És akkor miért rajtad jelentkezik valami?

P.I.: *Énnekem azért, ugye, hogy én mindent meg akarok csinálni, meg mindent én adtam meg tettem. Tehát nekem az. De hogy egy picinél miért?”*

Látszódik, hogy az alany betegségképében a betegség mint büntetés értelmezése hadakozik igazságérzetével, amikor a csecsemőről van szó, aki még „nem vétett” senki ellen. Míg önmagával vagy más felnőttel kapcsolatban teljesen elfogadott betegségértelmezésnek tűnik, hogy ha valaki „vétkszik” valaki ellen. A pszichoszociális-hangsúlyú MM kevésbé elaborált, jelentésadásában az értelmezési keret kidolgozatlan.

Egészségkép

Ebben az MM-ben az egészség leginkább a „jó lelkiállapottal” azonosul (P.H., TN), leírták még a következő kifejezésekkel: „stabilitás, harmónia, kiegyensúlyozottság, jól érzi magát a bőrében, boldog, pozitívan gondolkodik” (P.D., P.H., P.K., TN). Fontos továbbá, hogy a mindennapi életben felmerülő stresszel hogyan küzd meg az illető, az ideális állapot a stressz-mentesség. Az etnográfiai anyagban a gyógyulás folyamata sokszor pusztán a stresszor eltávolításával azonosult, illetve az intra- vagy interperszonális „probléma megoldásával”. Ebben az MM-ben a betegség kapcsán való jelentésadás nem elaborált vagy nem szükséges a gyógyulás eléréséhez. Ha a beteg „hibás programozásnak” írta le betegségét, akkor a gyógyulást egyfajta „újraprogramozásként”, „betáplálásként” fogta fel, tehát „elvág[t]a a kapcsolódást” a negatív asszociációval. Az akupunktúra hatásmechanizmusát is az affektív tartományba sorolja ez az MM: „az akupunktúra az érzelmekre hat” (P.H.). Ebben a felfogásban, az affektív jóllét a fizikai jóllétet eredményezi.

A HKO/KAM hatásmechanizmusáról alkotott MM-specifikus magyarázat, konzisztens módon, a „lelki stabilitás” előidézése: „Ez az *akupunktőr neve*-nél nagyon jól harmonizál, testemet is kezeli a tűkkel és közben [más módszerrel] és mindenfélével a lelkemet is kezeljük. És ez fontos nagyon, hogy lelkileg stabilak maradjunk...mert az segít a fizikális testnek is” (P.D.). A narratíva jól rávilágít a HKO és KAM közötti transzferabilitásra, hiszen a KAM módszereket komplementernek, hatásmechanizmusukat egységesnek kezeli.

6.3.5 Vitalista-hangsúlyos MM

Világkép

A vitalizmus leginkább prominens eleme az energia-képzetekben való hit (EM.W.2). Az energia sokféleképpen definiálható és a következő leírásban kifejtett pontok és azok meghatározásai egyénenként jelentősen eltérhetnek. A vitalizmus megragadható abban, hogy az élet eredete és jelenségei nem pusztán kémiai vagy fizikai erők függvényei – ugyanakkor egyes vitalisták szerint az energia „*fizikai erő*” (TN). A legtöbb vitalista szerint „*az univerzum tele van energiával, minden energia voltaképpen*” (TN). A következő narratíva például a „*spirituális energiát*”, a HKO energia-konceptióját és a bioenergiát egy konceptuális modellbe helyezi:

„Van ez az életenergia, ami fentről jön, és ez gyakorlatilag, amikor megszületünk, akkor kapunk egy anyai energiát, egy életerő energiát, és később nyilvánvalóan az energiát mindenholnan magunkhoz vesszük: a táplálékkal, az égiectől, a mozgás, légvétellel - tehát az energia az áramlik a világban, az univerzumban, az egyetemben, és az élő szervezetekben is. Tehát ezt nem lehet elkerülni.” (P.T.)

A vitalista-hangsúlyú MM-ben az „*univerzális energia*” minden létezőt létrehoz, éltet, átjár és mozgat, másként fogalmazva: „*minden különböző frekvencián rezgő energia*” (TN). A „*magasabb rezgés*” pozitív, az „*alacsonyabb rezgés*” negatív megítélést kapott a minta személyei körében. A „*magas rezgésű energia*” kulturális szinonimája a bölcsesség, tudás, nagyfokú „*tisztaság*”. Az egyén az energiát képes „*csatornázni*”, „*lehozni*” és átadni annak érdekében, hogy mást gyógyítson vele (energiagyógyászat, pl.: reiki, pránanadi):

„...az egy magasabb rezgést hoz le nekem. Tehát a ...mondom, a reiknél is az van, hogy én segítek az illetőnek, kap tőlem, illetve, hát az csatornázás, a reiki, hogy kap az égiectől úgy plusz magasabb rezgést rajtam keresztül, hogy azt ő fel tudja arra használni, hogy önmaga gyógyítása érdekében.” (P.K.)

A narratívában foglalt koncepciók gyakoriak az energiagyógyászatban és a vitalizmusban: az energia metaforikusan „*fentről*” jön, egy „*magasabb rezgésű*” energia, melyet a gyógyító csatornaként fogad és átad (EM.W.2.4). A gyógyító maga nem gyógyít, hanem közvetíti a páciens számára „*legmegfelelőbb rezgésű*” energiát. A legtöbb a kutatásban szereplő vitalista számára az energia fogalma tette lehetővé a különböző KAM-mok integrálását, szinkretikus felfogását, ugyanis az energiával való munka, az arra irányuló vagy azzal való gyógyítás volt a közös nevező. A kulturálisan

specifikus elnevezések sok egyén számára összeolvadtak az energia koncepciójában: *„Energia az a Qi. Ugye ezt úgy hívják, a kínai gyógyászatban, ez a Qi. Vagy a tibetiek ez a nadi, ugye a prána és a nadi, és biztos hallottál már a Pránanadi kezeléstről, meg a Reikiről. Ezek mind energiagyógyászatból állnak”* (P.T.). A következő narratíva jól illusztrálja az energia szinkretizáló potenciáját és a gyógyító közvetítő funkcióját: *„Az összes ilyen energia-alapú kezelés, a reiki, a pránanadi stb., ezek mind egy helyről jönnek, ez a szeretet energiája...annyi a különbség, hogy az, aki adja, mennyire tisztán tudja átadni azt, amit kap”* (TN). A narratíva azt is jelzi, hogy a vitalizmusban az energia gyakran azonosul a *„szeretettel”*, mely meghatározó a betegség- és egészségképben is.

A vitalizmus következő fontos elemei a reinkarnáció és a karma koncepciói (EM.W.2.3). Az *„univerzális energia”* az, ami létrehozza a reinkarnációt, vagyis az újjászületés lehetőségét, és fenntartja a karmát, vagyis a morális értelemben vett ok-okozati rendszert. Az újjászületés azért lehetséges, mert az élőlényeknek, így az embernek is, van egy *„finomenergetikai rendszere”*, mely képes újra és újra testet ölteni. Ez a testet öltés különböző formákban történhet, nem szükségszerű, hogy az életék szekvenciájában ember emberként szülessen újra. Ebben az ontológiában a testet öltés formája és a mindenkori életesemények a múltbéli tettek, testesülések következményeként konceptualizálódnak, leegyszerűsítve: ha az egyén jót cselekszik a múltban, jó életkörülmények és interperszonális kapcsolatok várják a jövőben, és ezzel konzisztens módon, a jelen problémái a múltbéli tettek és kapcsolatok következményeként érik utol az egyént. A karma morális rendszere ontológia, amelyben a problémák, kihívások, negatívan megélt életkörülmények jelentést nyerhetnek. A karma fogalma erőteljesen meghatározza az életesemények, így a betegség jelentésadását is:

„Nem gondolom azt sem feltétlen, hogy egy...mindig a betegségnek van egy lelki oka, de nyilván mivel én így születtem - mert egyébként ez így velem született, mint utóbb már kiderült - öm...így nyilván nem ebben az életemben történt velem így valami olyan, ami kiváltotta ezt, mert igazából orvosilag a mai napig nem tudják, hogy miért van ez a betegség...vannak elméletek, de igazán pontosan nem tudják.” (P.D.)

A fenti narratívában a gyerekkorában diagnosztizált fiatal hölgy, aki Crohn-betegségben szenved, jól illusztrálja a reinkarnáció és karma koncepciójának funkcióját a betegség jelentésadási folyamatában. Máshol mindez „*életfeladat*” és „*bevállalt*” életútként (P.D., P.H., TN) jelent meg, mely különösen az öröklött vagy gyermekkorban diagnosztizált betegségek értelmezésénél volt jellemző.

Az „*életfeladatok bevállalása*” erősen kötődik a karma és a sors (EM.W.7) koncepcióihoz, valamint a „*bevonzás*” képzetéhez. E feltételezés szerint érzelmi állapotunk függvényében „*vonjunk*” magunkhoz embereket és történeteket, melyek személyes „*fejlődésre*” sarkallnak: „*Érdekes dolog a félelem, mert ugyanúgy bevonzod azt, amitől félsz*” (TN). Egy párbeszéd két beteg között különböző MM-ek interakcióját mutatja:

Beteg 1: „*Nincs szerencsém a párkapcsolatokban.*”

Beteg 2: „*Mert nem vagy belül rendben. Ha belül rendben leszel, akkor majd bevonzod.*” (TN)

Beteg 1 értelmezési kerete teret ad a „*szerencsének*”. Ez egy vitalista MM-ben nem fordulhat elő, hiszen minden, ami az egyénnel történik „*bevonz*”, azaz „*okkal történik*” (TN).

A vitalista-hangsúlyos MM-ben számos attraktor lehet, mint a különbözőképpen definiált „*spiritualitás*”, vallás/hit (akár szervezett formában: kereszténység, buddhizmus, taoizmus stb.), alternatív történelem (közös „*ősi tudás*”), „*ezotéria*”, illetve a romantizált Kelet felé való vonzódás. Ez utóbbi megnyilvánulhat filozófia (EM.W.1.1), testmozgás (EM.W.1.2) vagy egyéb kulturális elem (EM.W.1.3) kapcsán. Jelentős attraktor a szinkretizmusra való hajlam (EM.W.3.3), például orvosi rendszerek integrálásában (P.T., P.H., P.K., TN) és személyre szabott normavilágban és képzetrendszerben.

Társadalomkép

A társadalomkép fő képzete az Egység (EM.W.3), mely a vitalista világgép és társadalomkép határán lévő ontológiai fogalom, és a kutatásban különböző megközelítésekkel és kulturálisan meghatározott következtetésekkel társult. Az olyan kifejezések, mint „*Mi mind egyek vagyunk*”, „*Minden egy*” és „*tudati szinten össze vagyunk kötve*” (TN), a pánteizmus vagy pánpszichizmus (EM.W.3.1) különböző

változataira utalnak. Az előbbi szerint egy istenség vagy „*univerzális tudat*” minden létezőben ott van, az utóbbi szerint az emberek (és más élőlények) különálló tudata szerves összeköttetésben áll egymással. Ez a meggyőződés a társadalomképre és az interperszonális kapcsolatokra nagy hatással van, ugyanis émikus szempontból konzisztens következtetés, hogy amikor az egyén a Másikkal interakcióba kerül, akkor voltaképpen egy másik önmagával lép kapcsolatba. Mivel az ember-, a betegség- és az egészségkép szerves része az „*önismeret*”, minden interakció egyfajta szakralitással bír, extrém esetben ez olyan, mint ha az egyén mindig tükörbe nézne (P.H., TN), és mindenkiben úgymond önmagát vélné felfedezni (EM.W.3.2).

A minta vitalistái között gyakori vélekedés volt, hogy az interperszonális kapcsolatok lehetnek „*karmikus*” jellegűek vagy „*előző életesek*”. Az újjászületések sorozatában, ahogyan az emberi életek összefonódnak interakciók révén, kialakulnak különösen szoros kapcsolatok, melyek fennmaradhatnak sok életen keresztül. Sőt, van, aki úgy véli, hogy „*sosem találkozunk új lelkekkel*”, hanem „*mindig ugyanazokkal találkozunk*” addig, amíg, „*dolgunk van*” velük (TN). Ezek a kapcsolatok nem mindig pozitív tartalmú kötelékek révén maradnak meg, sőt, a legerőteljesebb kötelékek trauma révén alakulnak ki, például gyilkos és áldozat között (P.D.). Így a fennmaradó kapcsolat „*karmikus tartozást*” takarhat, mely legtöbbször egy közös trauma vagy destruktívnak ítélt viszony „*feloldására*” vár. Egy beteg így írta le egy korábbi „*karmikus párkapcsolatát*”:

„Így utólag borzalmas volt, de nagyon-nagyon nem tudtunk elszakadni egymástól és...és mondjuk úgy, hogy nekem nem lett volna okom, hogy ennyire kapcsolódjak hozzá. Fordítva inkább jobban, tehát, hogy ő nagyon sokat ártott is nekem egyébként, tehát ezt is meg kellett tanulni, hogy bizonyos kapcsolatok fizikálisan is tudnak ártani az egészségemnek, tehát [...] nagyon bonyolult kapcsolat volt.” (P.D.)

A narratívában jól látszik, hogy egy interperszonális kapcsolatban a „*karmikus*” jelző voltaképpen a kontrollvesztés idiómája, egy destruktív és addiktív viszonyt fejez ki, melybe az illető reflexszerűen ment bele és nehezen lépett ki belőle.

Nyugati orvosláshoz való viszony

Az erősen vitalista-hangsúlyos MM-mel bíró egyén lehet, hogy betegségképének specifikumai miatt szembeállítja a gyógyszereszedést azzal, hogy „*tudatosan foglalkozik*” a fizikai problémájával (TN, P.H.). Ennek oka az etiológiában keresendő, mely szerint a fizikai betegség „*gyökere*” pszichoszociális okokban fogható meg. Ezért, ha az egyén gyógyszert szed, akkor „*csak tüneti szinten*” foglalkozik a betegség elmulasztásával. Amennyiben a „*fizikai szintet*” („*tüneti*”) és a „*mélyebb, lelki szintet*” („*oki*”) az egyén különválasztja és kezelésüket egymást kizáró jelenségnek tartja, létrejöhet a gyógyszerellenes attitűd.

„Tehát az emberek elmennek az orvoshoz, felíratják a gyógyszert és azt várják, hogy most a doktor úr engem meggyógyított vagy hogy ezzel majd én jobban leszek, de hát ugye a gyógyszerek, azok csak elnyomják a tünetet többnyire. Tehát nem a problémát oldják meg, mert az, hogy most fájdalomcsillapítóval épp nem fáj a fejem, az nem jelenti azt, hogy amúgy meg nem fájna, tehát az ok azért nem szűnik meg. Csak az emberek már azt nem fog...nem mennek már ilyen mélyen le magukba.” (P.H.)

A narratívareszlet illusztrálja, hogy a vitalista modellben a betegség „*gyökere*” pszichoszociális tartalmú és a gyógyszereszedés a probléma „*igazi*” okának figyelmen kívül hagyása.

Szintén létrejöhet a vitalista-hangsúlyos MM-ben, hogy mivel „*semmi sem véletlen*” (TN), a beteg azt sem tekinti „*véletlennek*”, hogy egy bizonyos nyugati orvoshoz került, aki a konvencionális protokoll szerint gyógyítaná. Az, hogy az orvos szakralizálódik-e, vagyis integrálásra kerül-e az ontológia szerint a világképbe, sok tényező függvénye lehet (orvosi kommunikáció, terápia szubjektív megítélése, társas környezet hatása stb.).

Emberkép

A vitalista emberkép általában három fő komponensből áll: test, Ego és Én. A testben „*(finom)energiarendszer*” található, melyben „*nagyon jó kis meghatározott rend szerint áramlik*” (P.T.) az energia, melyet leginkább „*meridiánokkal*” azonosítottak. Ez a koncepció még bővíthetett ún. „*csakrákkal*”, melyek energiaközpontokként szolgálnak és saját színnel, jelleggel, funkciókkal bírnak (EM.W.2.1, EM.W.2.2). Az Ego a szocializáció során kialakuló személyiség, profán jelleggel bír, és főként az egyén

félelmeivel, korlátaival, gátlásaival azonosították: „*Hát én azt gondolom, hogy az Ego az, ami mindig így próbál lenyomni téged, tehát hogy...hogy elhítenni veled, hogy...nem vagy teljes értékű*” (P.H.). Az Ego sok narratívában „*lenyomja*”, „*elnyomja*” a szakrális jellegű Ént. Az Én egy „*tiszta, tökéletes*” entitás, mely képes újjászületni, halhatatlan és kapcsolatban áll az (isteni, energetikai stb.) Egységgel. Az Én az Ego felfüggesztésével, teszi lehetővé, hogy az egyén „*csatornaként*” közvetítse az univerzális energiát mások számára. Sok, energiagyógyászatot gyakorló és/vagy igénybe vevő beteg szerint, az Egot „*félre kell tenni*” és csakis az intuícóra kell hallgatni, mely „*jobban tudja*”, hogy mire van szüksége a másoknak. (P.H., P.D., P.T., TN)

A vitalista emberkép része lehet a test bizonyos sémák szerinti felosztása, például a jobb oldal a maszkulin, apa(ság), külvilág, a bal oldal pedig a feminin, anya(ság), belvilág szimbolikus tartalmával bír. A test eleje a jövőt jelképezheti, a háta a múltat. Bizonyos testrészek és szervek is kaphatnak szimbolikus tartalmat, például az epehólyag a döntéshozatalt jelképezi, a vastagbél a büntudatot, a vese a párcapcsolatot (vagy tágabban az interperszonális kapcsolatokat). Így ezek a tartalmak a betegségek jelentésadását nagyban befolyásolják, például az epebetegség a döntésekben való bizonytalanságot jelentheti. A HKO egyes kiragadott elemei is befolyásolhatják a betegség értelmezését: ha a bőrrel van gond, akkor a tüdővel is, ha pedig az egyén tüdőbeteg akkor túlzottan szomorú. (TN)

Betegségkép

A vitalista etiológia prekonceptiói (EM.I.2.8, EM.W.2, EM.W.3), hogy világban és a testben „*áramlik*” egyfajta „*energia*” vagy e kijelentés variánsa, hogy a világban „*minden energia*”, mely „*különböző szinteken/frekvencián rezeg*” (TN). Az emberi test energiaképzetekkel kapcsolatos prominens koncepciói az „*energetikai rendszer*”, a „*csakra*”, és az „*aura*” fogalma. Az első egyfajta csatornahálózat, mely lehetővé teszi az energia „*áramlását*” (vö.: meridiánrendszer, nadi), a „*csakra*” olyan „*energiaközpontokat*” takar, melyek gyűjtik és elosztják a különböző jellegű energiákat, az „*aura*” pedig mindezek összeségének terméke, mely a fizikai test körül, „*rétegekben*” található (TN). Az egészség az energia „*szabad áramlása*” (TN), míg a betegség az irreguláris „*energiaáramlással*” hozható összefüggésbe. Ahogy egy beteg írta le:

„Ha az energiaáramlás egyenletes, mondjuk A-tól B pontig, és képzeld el ezt nagyon-nagyon sokszor, akkor nincs betegség. Akkor egészségesek vagyunk. Namost, hogyha A és B pont között az energiaáramlás az vagy lelassul vagy felgyorsul vagy esetleg megszűnik vagy elakad...nagyon sok fajta variációk lehetnek, és ilyenkor a B pont nem kap megfelelő életenergiát és tünetek jönnek létre.” (P.T.)

Az irreguláris energiaáramlás leírására alkalmazott számos szemantikai variáns (lelassul, megszűnik, elakad stb.) különböző patológiai elképzeléseket takar. A tény, hogy e koncepciónak ilyen sok szinonimája létezik, az annak specializálódását és következésképpen szubkulturális szignifikanciáját sugallja. Általában a betegek a „kevés energiát” a „pangással” azonosították, mely például keringési betegségek kialakulásához vezethet, míg a „túl sok energia” a gyulladással járó betegségek okaként jelent meg (TN).

Ezen etiológia szerint az „energetikai szinte(ke)n” fellépő irregularitás hat az individuuum érzelmeire és gondolati világára, majd az alulról induló kaszkád „felkerül” a fizikai szintre és betegséggé válik. A folyamatot egy beteg így írta le: „A betegség abból származik, hogy van egy lelki konfliktusunk [egy másik emberrel vagy önmagunkkal] és ez fizikai tünetet okoz, ha az ember nem kezeli” (TN). Egy gyakori megfogalmazás ugyanerre: „A testi tünetek megjelennek a lelki után” (TN). Ezek a kijelentések nem csak kronológiai sorrendet, hanem ok-okozati viszonyt is takarnak – ez az okozati irány a megbetegedés folyamatát és a gyógyulását is meghatározza. Egy újabb beteg eltérően fogalmazott: „A betegség a lélekben kezdődik és az aura-rétegekben is megtalálható” (TN). Ez az elképzelés erőteljesen befolyásolja a terápiaválasztást, hiszen a beteg olyan kezelést szeretne, mely koncepciói szerint problémájának „okát” („lelki”, érzelmi, energetikai) szünteti meg és nem „csak tüneti kezelés” (TN).

Alább, a kutatás narratívái alapján, a vitalista etiológiában potenciálisan szereplő elképzelések kerülnek bemutatásra a következő tematikus alcsoportokban: 1) affektív hierarchia, 2) „tanulás” és „bevonás” és 3) szimbolizmus. Nem minden vitalista etiológiával rendelkező beteg azonosult mindegyik alcsoportbéli elképzeléssel, illetve a tárgyalt elképzelések számos variánssal bírtak.

Affektív hierarchia

A vitalista etiológia gyakori eleme a kulturálisan és szubkulturálisan determinált affektív hierarchia koncepciója. Az érzelmi hierarchia egy ideális énképhez köthető, melyet az individuum igyekszik elérni. A beteg vélekedhet úgy, hogy betegségét „*lelke/elméje/tudata*” idézte elő, hogy felhívja a figyelmét egy pszichoszociális problémára, ahogy előfordult a pszichoszociális etiológia szimbolikus betegségértelmezésénél is. Affektív hierarchiával akkor is rendelkezhet az individuum, ha nem azonosul vitalista koncepciókkal, azaz bizonyos érzelmeket jobban preferál, nemesebbnek tart. A vitalista etiológiában potenciálisan szerepet játszó affektív hierarchia egy ideális énkép szerint rendeződik és leginkább a „*szeretet*” áll a csúcán:

„P.H.: *Pont azért mert, hogy ha azt gondoljuk, hogy a gondolataink okozzák a betegséget, akkor a rossz gondolat...vagy...vagy...igen, a rossz gondolat az megbetegít, de hogy ha...hogy ha van egy pozitív hozzáállásod, és rájössz valamire, az meg ugyanúgy...ugyanúgy meggyógyíthat.*

Sz.: *Aha. Vajon mi határozza – mert ugye te is nehezen mondtad ki ezt a »rossz« szót – hogy vajon mi határozza meg ezt a káros vagy gyógyító jelleget? Érted, amit mondok?*

P.H.: *Hogy ő...ja, hogy mi az, ami megbetegít és mi az, aminek...?*

Sz.: *Mitől rossz egy gondolat?*

P.H.: *Nem tudom...tehát, hogy ha nem a javadat szolgálja vagy nem...nem a szeretet vezérli, például. Tehát, hogy ha nem...igen, tehát hogy ha nem szeretettel gondolsz valamire, hanem más...más, alacsonyabb érzéssel vagy nem tudom.”*

A narratívában látható a pszichoszociális etiológiában is közrejátszó prekonceptió, vagyis hogy a tudat/elme hatással van a testre. A „*rossz gondolatok*” betegséget okoznak, míg a „*jó gondolatok*” gyógyulást eredményeznek. A minősítést az interjúalany bizonytalanul mondta ki, mert a jó és rossz kategóriák nem abszolútértékű gondolatok, hanem egyfajta viszonyulást takarnak: „*nem szeretettel gondolsz valamire*”. A narratíva eklatánsan illusztrálja a hierarchia-jelleget is, mely először dichotómiából indul (jó és rossz), de végül árnyalttá válik: „*nem a szeretet [...] hanem más, alacsonyabb érzés*”. A hierarchia csúcán álló „*szeretet*” erősen összefügg a „*tanulás*” koncepciójával is, mely az ideális énkép eléréséhez vezető „*önismereti utat*” jelenti.

Jelentős társ-koncepció a „rezgés”, mely szintén lehet „magas” (pozitív) és „alacsony” (negatív). Az alábbi narratíva bemutatja a vitalista affektív-hierarchia egy modelljét, valamint a különböző „rezgések” hatását az emberre:

„Nagyon sok a negatív rezgés: a tévé, a rossz hírek a rádióban [...] hogy hogyan tudnánk előbb eljutni, a másoknak miye van, az irigység, a düh, a frusztráltság, a...az anyagi lenyomottság, egy csomó minden, tehát ezek mind negatív rezgések. Na most, ezek óhatatlanul beleépülnek az emberbe, tehát kapod, nem is tudod kivédeni. Tehát [a] tévét nézi az illető, és folyamatosan arról van szó, hogy itt gyilkoltak meg, ott háború, migráns válság, kosz, szemet, [...] hogy teletömik a politikusok a zsebüket, tehát ezt így mind kívülről. Meg nem úgy nézel ki, mint [...] egy ilyen manőken, merthogy éppen ez nem úgy működik rajtad, vagy az nem úgy működik, nem akkora cicijeid vannak, mint szeretnél, tehát nem a...önképedet erősítik a dolgok, hanem éppen hogy építenek le. Ez mind negatív, viszi el az energiát tőled.” (P.K.)

Az ökológiai és vitalista etiológia-elemekkel azonosuló beteg leírja a környezet-egyénetegség kapcsolatát, mely interakciót az energia koncepciója mediál. A negatívnak ítélt környezeti pszichoszociális hatások, azaz „negatív rezgések”, melyek kívülről kényszerítettek és „kivédhetetlenek”, „beleépülnek” az emberbe, „leépítik az önképet”. Negatív minősítést kap az irigység, a düh, a frusztráltság és analógiát képez az erőszak/támadás (gyilkosság, háború), valamint a szennyezés (kosz, szemet) képeivel. A felsorolt érzelmek az affektív hierarchia alján találhatóak és betegségokozó szerepet kapnak. Mindemellett a beteg az általa vélt társadalmilag meghatározott szépségideálnak úgy érzi nem felel meg, és az ezáltal okozott frusztráció ugyanabban a hermeneutikai egységben/narratívában kap helyet, mint a negatív érzelmek és maga a fizikai betegség. Az affektív hierarchia csúcsán a „szeretet” áll, mint „legmagasabb rezgésű energia”, mely ebben a konceptuális modellben gyógyítást és gyógyulást tesz lehetővé, valamint az ideális Én képét is meghatározza.

Tanulás és bevonzás

A vitalista etiológiára jellemző, hogy az egészséget és az ideális Ént egymással azonosítja: „Ha valaki stabil és jó formában van és szereti magát és jól él, úgy helyén van, akkor nem betegszik meg” (P.H.) – a kijelentés eklatánsan illusztrálja a „tanulás”

etiológia-elem alapvető prekonceptióját: az egészség az elérendő cél és az pedig azonosul az ideális Én képével. Egy interjúalany így fogalmazott: *„Megnéztem ultrahanggal, vesekövem van, epekövem van, és...de miért gyűjtöm be? [...] Hát ezt, ezen még dolgozom. Ezen még dolgozom”* (P.K.). A rövid narratívareszlet számos attitűdre és koncepcióra mutat rá. A beteg: 1) a nyugati diagnózist nem kérdőjelezi meg (vesekő, epekő), 2) a biomedikális vizsgálatokat (ultrahang) nem veti el, sőt fontosnak tartja testi állapotának visszajelzésében (bizonyíték-jellegű), 3) műveltető szerkezetet használ (*„megnéztem”*), mely ágenciát takarhat, 4) a *„begyűjtés”* szóval valamiféle tudatosságot vagy célt fejez ki (erről bővebben lentebb) és 5) a *„még dolgozom”* kifejezéssel azt sugallja, hogy véleménye szerint hatással lehet betegségeinek *„begyűjtésére”*.

Tehát a *„tanulás”* az ideális Én eléréséhez vezető *„önismereti út”*, mely ebben a konceptuális modellben egyben a fizikai gyógyulás módja is (P.D., P.K., TN). A betegségek pedig az egyént *„önismereti útján”* segítik, hogy *„tanulhasson”* belőlük, azaz *„realizációk”* által *„lelki fejlődést”* érjen el. Alább egy, a harmincas éveiben lévő, korábban nőgyógyászati gondokkal küzdő nő vignettája, mely illusztrálja az eddig ismertetett vitalista koncepciókat:

„Mindig visszatért ez a probléma és nem tanultam belőle, hogy mi lehet, míg egyszer csak valamilyen [...] beszélgetés során valahogy így elkezdett bennem ez így kikristályosodni, hogy de hát ez azért van, mert én ezt meg ezt csinálom, meg ilyeneket gondolok magamról, meg a kapcsolatokról [...] És ahogy ezt így megértettem, és elkezdtem ezzel úgy foglalkozni, hogy tudatosan, tehát nem gyógyszereket szedni – mert hát ilyenkor az ember jár a nőgyógyáshoz és már mindent kipróbál és már mindenén túl van és semmi nem használ, mindig visszatér a probléma. És amikor ezt így megértettem magamban, hogy mi lehet ennek az oka [...] akkor egyszer csak elhatároztam, hogy na én akkor ezt most így leteszem, és elegendem van belőle és megoldom. És mit mondjak, egy-két hét alatt úgy eltűntettem magamból ezt a betegséget, hogy azóta se jött így elő bennem. Tehát, hogy...hogy valahogy ezt így sikerült magamban tisztázni, vagy rájönnöm, hogy mi a dolgnak a gyökere és odáig lemenni és azt megoldani és utána minden így egy csapásra megoldódott. [...] Eljutottam [...] a fejlődésemben arra a szintre, hogy ezt így megértettem, akkor így elválták és

megoldódott. Szóval, hogy itt viszont azt látom bizonyítékként, hogy igen, hogy lelki oka van. Tehát ezzel csak azt akarom mondani, hogy persze, ott van az a probléma, és lehet rá szedni nem tudom hány féle gyógyszert, meg mindenféle diétát meg mindent kipróbálni, de hogy ha én magamban nem...nem kerülök helyre, akkor nem segít semmi. Vagy csak ideig-óráig.” (P.H.)

A pszichoszociális etiológia, az affektus-hierarchia és az ideális Én koncepciója megjelenik rögtön a narratívareszlet elején, majd ezeket követi a fizikai gyógyulást eredményező „tanulás” és „fejlődés”. A pszichoszociális probléma a betegség „okaként” szerepel, míg a fizikai betegség a „tünetként”. A narratíva illusztrálja miként állítható szembe a probléma „tudatos” kezelése a gyógyszerszedéssel. Végül, a narratívában az is megnyilvánul, hogy a beteg MM-je hatással van az alkalmazott terápiák hatékonyságának megítélésére, ugyanis a beteg a gyógyszer vagy diéta feleslegességét hangsúlyozza a pszichoszociális tényezők, „okok” erőteljes befolyásával szemben (ha „nem kerülök helyre, akkor nem segít semmi”). Mindezt a „bevonás” koncepciója kiegészíti, az individuum úgy véli, életében minden esemény, interakció és életkörülmény ilyen „tanító” jelleggel bír, főként a betegségek és a balesetek.

Szimbolizmus

A betegség szimbolikus értelmezéséről már szó volt korábban a pszichoszociális MM kapcsán. Alább egy olyan vignetta kerül közlésre, mely illusztrálja a vitalista etiológiában fellelhető elemeket: energia-képzetek, pszichoszociális betegségek, affektív hierarchia és szimbolikus betegségértelmezés. A párbeszéd egy HKO orvos és egy régen járó, hatvanas éveiben lévő nőbeteg („B.”) között zajlott. A terepnaplóból származó vignetta vegyesen tartalmaz a dialógus résztvevőitől származó idézeteket, valamint a kutató megfigyeléseit, meglátásait:

„[...] Ezek után B.-vel konzultált az orvos. B. mondja, hogy a jobb könyöke és a bal térde fáj, emellett depressziós.

Az orvos a pulzust nézi, mondja: »Neked a szíved gyenge.« B. mondja, hogy »Nagyon fáradt vagyok mindig«, és hozzáteszi, hogy délután három-négy után már használhatatlan, nincs ereje semmihez. Az állapotfelmérésben az orvos még kiemeli a vastagbelet, de csak megnevezi: »Vastagbél.«

Erre érdekesen reagált B. – itt is látható, hogy pusztán a problémás szerv megnevezése már beindít asszociációkat a páciensben: »Kiderítettem, hogy a köldök csakrámm nem működik jól«, mondja a beteg.

Az orvos nem igazán reagált erre, talán csak azzal, hogy teret engedett, hogy B. kifejtse: »A harag!«, jelentette ki B., »És hullik a hajam.« Ezután megint hangsúlyozta a fizikai problémák érzelmi vetületét: »keserűség, bosszúság...« és ezek miatt (vagy ezekkel egyetemben) rossz az emésztése. A beszélgetés során az orvos egyszer sem mondta ki, hogy »csakra«, szerintem ezelőtt sem használta ezt a szót soha – az »energia« és a »meridián« szerves részei magyarázó modelljének, de a csakrák nem. Az orvos B. magyarázatára annyit reagált, hogy: »És az epehólyagod ki van véve, ugye?«. (TN)

A konzultáció azzal kezdődik, hogy a beteg elmondja fizikai és pszichés panaszainak egy részét (fizikai fájdalmak, depresszió, kimerültség), miközben az orvos pulzusdiagnosztikával megállapítja, hogy a beteg szíve „gyenge” és kiemeli a vastagbelet, mint problémás területet. Pusztán a szerv megnevezése a betegben asszociációkat indít el: a vastagbelet a „köldök csakrával” azonosítja, ahogy magát az emésztést is, emésztési panaszait pedig a „harag”, a „keserűség” és a „bosszúság” hatásainak tulajdonítja. Ezek az érzelmek az affektív hierarchia alsóbb szintjein találhatóak és betegségkókozó szereppel bírnak. A dialógusban látható, hogy a HKO orvos végig a fizikai állapotra koncentrál, a beteg pedig ezzel párhuzamosan saját fizikai és pszichés panaszai, valamint vitalista interpretációk között oszcillál.

Egészségkép

A vitalista modellben az egészségkép nem pusztán a test és a „lélek” egészségét jelenti, hanem ezen túlmenően ideális funkcionálást az interperszonális kapcsolatokban, „kiegyensúlyozottságot” az élet különböző területein, de legfőképpen az Ego visszaszorítását, kontrollálását, akár „feloldását”. A vitalista egészségkép egy ideális Én képe, aki szubkulturálisan determinált módon „helyesen” viszonyul önmagához, másokhoz és a világhoz. Az elérendő cél az ideális Én, és az ahhoz vezető út a „fejlődés”, az „önismeret”, melyben irányt mutatnak az életesemények és a fizikai betegség. Ahogy korábban említésre került, a betegség jelzi a pszichoszociális problémát, tehát egyfajta „tanító”. Hogy miként instruál a betegség a „fejlődésben”, az a

betegség jelentésének konstruálásától függ, azaz attól, hogy az egyén a test-, szerv-, testrészszipbolikán keresztül milyen perszonalizált jelentést tulajdonít betegségének vagy konfliktusának. Alább egy beteg beszámol e MM szerinti érveléséről:

„Én is mindig csak a külső okokat néztem, hogy »na, már megint bajom van, na, már megint valahonnan összeszedtem ezt a fertőzést« [...] Szerintem az is egy ilyen...szint, amikor az ember rájön, hogy nem a...hogy ne kint keresse a problémának az okát. Tehát, hogy jó, oké, hogy megfertőződöm, de hogy akkor a [többiek] miért nem? Tehát, hogy akkor bennem van valami gyengeség [...] Tehát, hogy ez egy ilyen nagy felismerés lett nekem, hogy...hogy de igenis minden problémádat tulajdonképpen te tudod megoldani a legjobban.” (P.H.)

Tehát még a fertőző betegség is kaphat olyan jelentést, hogy az egyén önmagában, vagyis „bent” keresi a betegség gyökerét és nem „kint”, mely utóbbi, a jelen kontextusban, a véletlennel vagy a jelentésnélküliséggel azonosítható.

Vitalista értelmezésben a KAM működésével kapcsolatban is hangsúlyos szerepet kap az energia, mely modus operandi független a konkrét KAM modalitástól:

„Mindig a magasabb rezgés hat az alacsonyabbra. Tehát a magasabb rezgés – a reiki is ezzel működik, de az összes energiagyógyászat – hogy ha neked magas a rezgésed, és szeretetet adsz annak az illetőnek, mert nem én gyógyítok, hanem én ezt segítek neki, hogy ugyanúgy, mint egy akupunktúránál, hogy a blokkokat föl tudja ő oldani.” (P.K.)

Látható, hogy az alany saját Ego-jának felfüggesztésével érzi magát képesnek arra, hogy a legmegfelelőbbben segítsen egy másik emberen. Látható az is, hogy az alany szerint az energia és a szeretet azonos, felcserélhető kifejezések. Számos páciens, főleg a vitalista-hangsúlyos gondolkodásban, igyekszik tanfolyamokon eltanulni az általa választott KAM modalitásokat (EM.S.2.3), sok könyvet olvas a témában, „kutatásokat” végez az interneten stb. (EM.W.6.1, EM.W.6.4-6). Rendkívüli fontossággal bírhat az egészségképben és a gyógyulás folyamatában, hogy az „önismereti úton” ő maga egyre inkább gyógyítónak váljon. Azaz, mindinkább azonosuljon azzal, aki őt segíti, hogy aztán egy napon ő maga is segítsen másokon – ez a szerepazonosulás jelentős része lehet az egészségképnek és nagyban befolyásolhatja a betegmagatartást (EM.M.3.3).

6.4 Egyéb etiológiák

A gyűjtött etnográfiai anyagban további két oki magyarázat mutatkozott meg: genetikai (EM.I.2.6) és HKO-specifikus (EM.I.2.7). Két fő indok miatt maradtak ki ezek az MM tipológiából: 1) betegek körében elenyésző mennyiségben fordult elő ez a két betegség, 2) a róluk szerzett etnográfiai anyag nem volt elégséges ahhoz, hogy MM-t lehessen belőlük alkotni. Alább a narratívákkal illusztrált, „egyéb” kategóriába került etiológiák kerülnek kifejtésre.

6.4.1 Genetikai etiológia

A genetikai tényezőkre, genetikai vagy „öröklött hajlamra” kevesen vezették vissza betegségüket. Ez adódhat abból, hogy a konvencionális nozológia szerint kevés ilyen betegséggel rendelkező alany volt a mintában, de adódhat szociokulturális okokból is (7.4.3 és 7.5.7 pont). Az etnográfiai anyagban összesen két utalás volt genetikai etiológiára, az első egy nő narratívája, aki depresszióval fordult a HKO orvoshoz: „*Nekem pszichés alapú a depresszió*” (TN). Viszont ezután rögtön azzal folytatta, hogy: „*Negyvenháromban születtem...azt gondolom akkor anyukámék is szorongtak. Anyukámnak is volt depressziója...de neki téli volt.*” (TN). A beteg szocializációját említette meg, de egyúttal a genetikára és a „fogantatás pillanatára” is hivatkozott. A másik narratívában a beteg összeköti a genetikát a KAM-mal, miközben betegségek kialakulására próbál választ adni:

„Ez így nincs meghatározva. Kinek-milyen az érzékenysége, ezek egyéni dolgok, ki-mire hajlamos. Lehet, hogy a génjeiben ez már meghatározott volt korábban. Erre jó például a kineziológia. Kineziológiai vizsgálattal meg tudják állapítani, hogy valakinek ugye a családfájában lehet, hogy egy üknagymamámnál volt egy valamilyen faktor, ő érzékeny volt erre a fajta típusú betegségre, és ez bennem is meglehet. Amire nem is gondolnánk például. Van olyan, aki daganatra hajlamosabb, van, aki cukorbetegségre, van, aki pajzsmirigy problémára és így tovább.” (P.T.)

Tehát a genetikai etiológia a családban található fizikai problémákra terjed ki, melyekre az egyén „hajlamos” vagy „érzékeny” lehet. A beteg a genetikai faktorok felderítésére a KAM egy modalitását említi, mely jelzi, hogy a genetika nem feltétlenül a biomedicinához kötött asszociáció. Az előző narratíva folytatásában látható, hogy a genetikai etiológiát háttérbe szorítja a pszichoszociális:

„Sz.: És ezt ilyen random módon megkapjuk az életünk elején a génjeinkkel, ezeket a...

P.T.: Van egyébként, de lehet, hogy éppenséggel tök egészséges volt, lehet, hogy a génjeiben meg volt határozva valamilyen kórfolyamat. Most van egy teljesen egészséges huszonvalahány éves, vezető beosztásban lévő karakterisztikus hölgy vagy úr, és egyszer csak hirtelen beteg lesz. És én nem mondom, hogy ennek nem lelki az oka. Ennek lelki oka van.”

Tehát a beteg interpretációs teret ad annak, hogy genetikai faktorok vezethetnek a betegséghez, ugyanakkor mégis gondolatmenete végén mégis a „lelki okokra” tér vissza. A narratívák alapján a genetikai betegségmagyarázatok gyakran azért szorultak háttérbe, mert, amennyiben nem állt mögöttük transzgenerációs pszichoszociális etiológia, „véletlenek” tűntnek. A „véletlen” visszautasítása a KAM-használattal járó, szociokulturális jelenség lehet.

6.4.2 HKO-specifikus etiológia

Végül etiológiai magyarázatot képezhet a hagyományos kínai orvoslás saját medikális rendszere, melyre a mintában szereplő betegek körében egyetlen utalás volt. Viszont a HKO orvosok etiológiai leírásaiban gyakran szerepeltek a következő fogalmak: yin-yang, öt fázis, öt elem, rendellenes irányba áramló qi stb. Az alábbi idézet az egyetlen, betegről származó példa:

„Tudjuk, hogy például a hagyományos kínai gyógyászatban van az öt elem tana. És ebben minden fajta szervnek ott sokkal több a szerepe, funkciója, mint a nyugati orvoslásban. Például a vese [...] nem csak az a szerepe, hogy vizeletkiválasztás, méregtelenítés, vérnyomásszabályozás, mint a nyugati medicinában, hanem a keleti orvoslásban tulajdonképpen nagyon-nagyon sok mindent szabályoz, például a vese felel a megfelelő hallásunkért, a fejbőrünkért, és ami nagyon fontos, a csontokért, ízületekért. Tehát a legtöbb csont és ízületi fájó betegnek kezelni kell a veséjét. Ezt kínai gyógyászatból tanultam meg, tehát ez egy másfajta megközelítés.” (P.T.)

Hangsúlyozandó, hogy ez az interjúalany jártasabb a KAM világában, mert ő maga akupresszörként tevékenykedik. Narratívájában a vese funkcióit hasonlítja össze a nyugati és hagyományos kínai orvoslás szemszögéből és közben a „csont és ízületi”

fájdalmakkal kapcsolatos betegségeket veseproblémákra vezeti vissza. Fontos megjegyezni, hogy nem saját vagy hozzátartozójának betegségéről beszél, hanem elméleti példát fejt ki.

6.5 Az összes magyarázó modellre jellemző jelenségek

6.5.1 Episztemológia és információszűrés

Az episztemológiai tényezők (EM.W.6, EM.W.4) jelentős interakciót mutattak az MM-mel, valamint szerves részét képezték a terápiaválasztás folyamatának. A három legprominensebb információforrás a mindenkori Másik (elsősorban Sorstárs, másodsorban barát/családtag), az internet és a személyes tapasztalat volt. Az információforrások és tartalmuk megítélésében a leggyakoribb stratégia az „*intuíció*” használata volt, illetve, hogy a beteg több forrásból ugyanazt az információt véli kapni. A medicinák megítélésében a „*holisztikus*”, az „*ősi*” és a „*hagyományos*” jelzők kaptak domináns szerepet. Alább ezek a jelenségek kerülnek kifejtésre, valamint a tudományos világhoz való viszony.

A legmegbízhatóbb információforrás sok beteg számára az olyan személy volt, akinek ugyanaz a betegsége vagy panasa volt, és aki rendelkezett személyes tapasztalatokkal (EM.W.6.6). Amennyiben a Sorstárs valamilyen termék, szolgáltatás vagy házi praktika sikeréről számolt be, akkor az autentikus, megbízható, hiteles gyakorlatnak minősült az egyén számára. Fontos hangsúlyozni, hogy a Sorstárs minősítését nem feltétlenül az egyező diagnózis adta, bár erre is volt példa (TN, P.J., P.S., P.D.). A beteg szemében Sorstárssá válhatott olyan egyén is, akinek panasz-konstellációja hasonlított sajátjára (TN, P.K.), mely főként a még diagnosztizálatlan és/vagy funkcionális problémákkal küzdő betegeknél volt gyakori. A Másik mint információforrás nem pusztán a Sorstársban nyilvánult meg, hanem barát és család formájában is (EM.W.6.2). A közeli hozzátartozók által ajánlott (vagy éppenséggel elvetett) gyógymódok, termékek megbízhatónak tűntek az egyén számára. A legtöbb beteg éppen ilyen ajánlásra kereste fel a HKO rendelőt. A KAM világában már jártas egyén számára a különböző gyógyító specialisták (EM.W.6.3, EM.W.6.7) is jelentős információforrást képeztek.

A Másik mint információforrás mellett az internet (EM.W.6.1) bizonyult prominensnek, kisebb mértékben a könyvek (EM.W.6.4) és a televízió (EM.W.6.5) is.

Minden megkérdezett egyén végzett „*kutatást*” a világhálón, és sokan azt jelezték, hogy kihívás volt tájékozódni az ellentmondásos információk között. A megfelelő táplálkozás és egészség kapcsán egy alany mesélte: *„Ez az étel is egyébként olyan, tehát, ez ilyen korszakok, hogy hú, ne egyél zsírt, mert az nem jó, margarint egyél. Ez volt, mittudomén, 10-20-30 évig. Most kitalálták, nem is jó a margarin, a zsír, az a jó! Nahát, ettől rosszul vagyok.”* (P.I.) Tehát egyfelől idővel változnak az egészségről alkotott koncepciók, másfelől az ellentmondások szimultán is jelentkezhetnek. Ebben az információs miliőben a beteg gyakran saját prekonceptióival találkozott, „*kutatásának*” eredményei azokat erősítették meg:

„Látom, hogy megveszik az emberek azt a rengeteg mérget [...] mert azért például csak statisztikai adatok vannak arról, hogy azt mondják, hogy bizonyos kozmetikai összetevők – most nem akarom mondani, hogy micsodák, [...] azok mellrákot okoznak. Namost ezt nyilván sokan tagadják, hogy »Aj, hát az nem«, de jó, tény és való, hogy vannak benne nemkívánatos anyagok, de azok olyan mennyiségben vannak, hogy azok eltörpülnek. Igenám, de hogy ezt használod éveken keresztül, évtizedeken keresztül. És ez egy statisztika.” (P.T.)

A beteg tehát arról számol be, hogy volt egy elképzelése, miszerint a különböző termékekben lévő „*méreganyagok*” daganatos betegséget okoznak, így utánanézett az interneten és visszaigazolást kapott. Véleményét statisztikákra való hivatkozással támasztja alá, mely jelzi, hogy a tudományos világképen keresztül szeretné alátámasztani elképzeléseit. Az előzetes prekonceptiók megerősítést nyerhetnek az információszerzési és értelmezési folyamatban, és stabil attitűdökké válhatnak.

Számos beteg arról számolt be, hogy egy információforrás megítélésénél az „*intuícóját*” használja (TN), illetve ha az információforrás ember, akkor a személyisége, „*karizmája*” is fontos (P.S.). Az „*intuíció*” akkor is szerepet kap, amikor egy adott terápiás eljárásról kell dönteni, ahogy egy beteg írta le a vényköteles gyógyszerével kapcsolatban: *„Kezemben volt – már megint a megérzés, a megérzés – nem váltottam ki.”* A következő meghatározó stratégia az információ megítélésében, hogy több forrás is visszaigazolja. Az alábbi narratíva illusztrálja az információforrás megítélésének tudatos aspektusait:

„P.T.: Az első dolog az, hogy mindig megnézzük, mi van rajta és utánanézzünk az interneten, hogy ez mire jó. Hozzáteszem, hogy az interneten is azért

kifinomultan kell, körültekintően kell keresgélni, mert vannak A és B oldal, pro-kontra...

Sz: *Igen, hogyan lehet megállapítani, hogy ez egy hiteles forrás, amit most nézek...?*

P.T.: *Ezt elég nehéz eldönteni, csak azt tudom mondani, hogy több oldalt kell nézni. És én azért mondtam, hogy aki mindenről jót ír, az biztos, hogy azért nem annyira jó, mert én magamon érzem azt, ha valami nem volt jó. És nagyon sok ismerősömön segített az, hogy elsősorban ezeket...*

Sz: *Tehát azt is figyeled, hogy rád milyen hatással van, te mit érzel jónak?*

P.T.: *Persze, így van. Lehet, ennek van egy másik oldala is, vannak bizonyos természetgyógyászok, akik – kuruzslónak szokták mondani őket – tehát ők is egy kicsit eltúlozzák, na azért arra is oda kell figyelni.”*

Tehát az elbeszélés jelzi, hogy az internet fontos tájékozási felület, bár a beteg maga is tudja, hogy ellentmondásos és gyakran megbízhatatlan információkat tartalmaz. A narratíva az utolsó prominens információforrást is megnevezi, mely már konkrétan a terápia kiválasztásában jelentős: a személyes tapasztalat. A minta túlnyomó részében fontos volt a személyes élmény, amit a terápia maga, valamint a terápia fizikai, társas és kulturális környezete adott.

6.5.2 Három jelentős diszpozíció: természetes, holisztikus, ősi

Egy adott KAM modalitás megítélése többek között a vele kapcsolatos asszociációk függvényében alakult ki, mely asszociációkból a leggyakoribb három: 1) természetes (EM.S.1, EM.S.4), 2) holisztikus (EM.M.1) és 3) ősi/hagyományos (EM.W.4.1, EM.W.4.2). A „*természetesről*” már esett szó korábban. A következő fontos asszociáció a „*holisztikus*”, mely öt különböző csoportba sorolható a leírások szerint:

- 1) a test és elme (vagy szellem, psziché stb.) egysége (EM.M.1.1),
- 2) a pszichoszociális etiológiában való meggyőződés, azaz „*minden betegség lelki eredetű*” (EM.M.1.2),
- 3) a specializált orvosi ellátással szembeni ellenállás, azaz annak preferenciája, hogy az egyén minden panaszát és betegségét egyetlen orvos lásson el (EM.M.1.3),

- 4) a szervrendszerek és meridiánok által megjelenített „egységes” test képe, mely leginkább a redukcionizmus ellentétéként fogalmazódott meg (EM.M.1.4),
- 5) az emberi élet összes aspektusát figyelembe veszi, például: testmozgás, fizikai környezet, szociális kapcsolatok, táplálkozás, érzelmi világ stb. (Ez a holizmus-definíció inkább a HKO gyógyítókra volt jellemző, a betegek körében elenyésző volt.)

Bármilyen módon is definiálta a páciens a „*holizmust*”, gyakori indokként szolgált arra, hogy legitimálja a KAM modalitást, mint hatékony medicinát.

Végül a medicinák megítélésében fontos legitimáló asszociáció az „*ősi*” vagy „*hagyományos*” jelleg volt, mely szerint, „*ha már ilyen rég óta létezik és használják gyógyításra, biztos hatékony*” (TN). Ezutóbbi kapcsolódhat egy mitikus aranykorba való hithez is (EM.W.4.3, ahogyan korábban kifejtésre került), jelesen ahhoz, hogy a jelenleg „*hagyományosnak*” hívott medicinák egykoron mind ennek a „*közös emberi tudásnak*” a részét képezték. Mindezek az asszociációkon túl a KAM modalitások, termékek hatékonyságának megítélését jelentősen befolyásolta a beteg állapota, betegségének súlyossága. A gyógyulás iránti vágy és a kipróbált gyógyírek sikertelensége erőteljesen hathat a beteg információszűrési és evaluatív folyamataira.

6.5.3 A tudományhoz való viszony és a bizonyíték

A tudomány világához (EM.W.8), mint domináns világképhez, sok KAM-használót ambivalens viszony fűzte. Ez a világkép irányadó a szocializációban és az marad az információforrások, terápiák megítélésében is. Ez eklatánsan látszódtott számtalan, a KAM hatékonyságát leíró narratívában: „*Ezt már bebizonyították*”, „*Ez az, amit már mértek*”, „*Az orvosok is így gondolják*” (TN). Tehát egyféle legitimizációt jelent, ha a tudományos világ, illetve a biomedicina „*bizonyítja*” egy KAM jelenség létezését vagy hatékonyságát. Van úgy, hogy ezt a folyamatos dialektikát inkább az ellenállás jellemzi: a KAM jelenségeket „*nem lehet kimutatni*”, nem lehet „*tudományos eszközökkel mérni*”, de ez „*nem baj, mert én érzem, hogy működik*” (TN).

Tehát kétféle bizonyíték állhat egymással szemben: a tudományos bizonyíték és a személyes tapasztalat. Az utóbbi típusú bizonyíték tág tartománnyal rendelkezik (EM.M.7), erre néhány példa a KAM hatékonysága kapcsán: a kedv javulása, a jóllét érzete, bizonyos módon titulált testérzetek (pl.: bizsergés, melegség) illetve kezelés alatt

váratlan helyen tapasztalt testérzetek (pl.: a fején szúrták meg, de a lábában érezte) (EM.M.5). Szinte mindegyik egyén számára a biomedicina állapotfelmérése és a laborleletek rendkívül fontos szereppel bírtak (EM.H.6), mind a betegség/rosszabb állapot megítélésében, mind a gyógyulás bizonyításában. (TN) A minta heterogén volt a tudományhoz való viszonyulás tekintetében, valamint abban, hogy az egyén számára mi képezte a bizonyítékot állapotának változására és a KAM hatékonyságára vonatkozóan.

6.5.4 Big Pharma – Kicsi KAM

A mintában számtalan narratíva utal arra, hogy a beteget megbízható nyugati orvos kezelte, jó tapasztalatot szerzett, illetve maga a biomedicina is hatékony gyógymóddal szolgált (EM.W.8.1), ugyanakkor visszatérő téma volt a gyógyszeripar és az orvosok érdekorientáltsága. Bár a Big Pharma attitűd széles körben elterjedt, a KAM gyógyítók motivációit illetően ezen kritika megjelenése nem volt jellemző. Egy beteg narratívája rávilágít a medicinák, az érdekek és a többségi társadalom megítélésének lehetséges interakciójára:

„P.É.: Azt hiszem, hogy az akupunktúra, mint tudományág nem fejlődött ki az őskor óta...

Sz.: Mármint, hogy nem változott?

P.É.: Nem tudom, hogy változott-e vagy sem, de nem fejlődött ki úgy, mint a nyugati orvoslás [...] Én...talán...pénzben látom a hátteret...mert amíg az akupunktúra nem szorítkozik semmiféle orvosságra, hanem a saját maga bűvkörében gyógyít, mondom én, addig a nyugati orvoslás mellett kifejlődött egy hatalmas iparág...a gyógyszer. És a gyógyszergyáraknak az érdekük, hogy a nyugati orvoslás létezzen, meg nekünk is érdekünk...mert a sebészet az rettentő, ahogy fejlődött, és egyes...a diagnosztika csak a laborra hagyatkozik, semmi diagnosztika - nem, az is fejlődött, bocsánat, mert különböző készülékek jöttek végre...

Sz.: Igen, igen.

P.É.: Amik segítik az orvosnak a munkáját...hát, amögött is üzlet van. Ugyanakkor ez az akupunktúra mögött nincs üzlet és...és azért halódik, vagy zsugorodik...nem tudom.

Sz.: Mert hogy nincs benne pénz? Tehát, hogy...

P.É.: *Nincs mögötte pénzlehetőség, mint a gyógyszergyárak léteznek, meg a ő...gyógyászati eszközöket előállító cégek is...*

A narratíva szerint a társadalom érdekorientált és az a medicina „*fejlődik*” amiben pénz van. A beteg a nyugati orvoslást a többségi társadalom iparágak által támogatott képviselőjeként látja. Az akupunktúrát ezzel szemben, pontosan azért, mert „*halódónak*”, „*zsugorodónak*” látja, kellő finanszírozás hiányában, az ipartól mentes „*fejletlen*”, de megbízható medicinaként jellemzi. Így a társadalom és a fejlődés negatív színezetet kap, míg a társadalom perifériájára helyezett, látszólag a létezésért küzdő KAM pozitív tartalmú. A beteg szerint az akupunktúra mögött nincs üzlet, legalábbis az „*igazi gyógyítók*” mögött nincs. Az alany teret enged viszont az üzlet-orientált akupunktőrök lehetőségének is, akik sok beteget fogadnak egyszerre „*futószalagon*”, a betegek pedig „*szépítészeti célból*” alkalmazzák. Tehát ez a vignetta mutatja a Big Pharma attitűd egy változatát: egy sikeres medicina nem megbízható mivel érdekorientált, viszont a kevésbé sikeres, sőt, „*halódó*” medicina – mert az biztos nem az üzletről szól – megbízható.

Összegzésül, a KAM-használók körében megfigyelt adatokra épülő magyarázó modell tipológia (immun-, táplálkozás-, ökológia-, pszichoszociális- és vitalista-hangsúlyos MM) az EM kódfa fő kódjai mentén kerültek ismertetésre, még hozzá a világ-, társadalom-, ember-, betegség-, és egészségkép szorosan összefüggő tartományaiban. Ezek után az összes MM-re jellemző jelenségek kerültek részletezésre a gyakori információforrás-fajták, hangsúlyos diszpozíciók, és a tudományhoz való viszony tekintetében.

7. Diszkusszió

A diszkusszió tölcészerűen, különböző szintek szerinti felosztásban kerül közlésre, a specifikustól az általánosig. Mindegyik jelenség minden szinten megnyilvánul, a felosztás analitikus kategóriákat takar és az ismertetett, elemzett anyag strukturálását, átláthatóságát szolgálja. A laikus MM-ek szintjén a kutatás eredményeiben szereplő tipológia kerül analitikus kontextusba. Ezután a klinikai szint következik, melyben a segítségkérés tényezői, az orvos-beteg kapcsolat, a terápia hatékonyságának szubjektív megítélése, valamint a KAM-használat típusa lesz fókuszban. A következő szint a szubkulturális, vagyis a választott KAM modalitás(ok) tartománya, ahol a társas támogatás szerepe és a „beavatás” igénye kerül bemutatásra. A társadalmi szinten a KAM kommodifikációja mellett a különböző társadalmi mozgalmakra jellemző prominens kulturális diszpozíciók kerülnek ismertetésre. Végül a globális szint a világ egészét érintő tendenciákat, jelenségeket tárgyalja, így itt a globalizációval, az urbanizációval és a tömegtermeléssel, fogyasztással kapcsolatos témák kerülnek ismertetésre. A diszkusszió egy összegzéssel zárul, mely a terápiaválasztás szociokulturális tényezőit foglalja magában.

7.1 A magyarázó modellek szintje

Szociokulturális tényezőkkel dialektikában áll az, ahogyan az egyén gondolkodik világról, társadalomról, emberről, betegségről és egészségről (azaz: magyarázó modell). Jelen kutatás etnográfiai anyagában négy alapvető modell jelent meg, ezek alább kerülnek összegzésre és kontextusba. Fontos újfent kiemelni, hogy ezek az MM-ek analitikus kategóriák, azaz elemzés céljából vannak szeparálva és tipológiába rendelve; egy adott beteg esetében, több modell összjátékából áll össze. Valamint alább csupán az öt leggyakoribb MM-ről lesz bővebben szó, mert a többi, az eredményekben közzétett modell szerepe nem volt jelentős a mintában (ez nem feltétlenül minősíti az általános prevalenciát). Minden modell kapcsán a meghatározó szociokulturális jelenségek, diszpozíciók, kulcsszavak kerülnek megtárgyalásra, valamint ezek interakciója a betegség- és egészségképpel és a KAM-hoz vonzó tényezőkkel. Az MM tipológiát megelőzően a KAM-használat lehetséges alapmotivációiról lesz egy rövid áttekintés.

7.1.1 KAM-használati alapmotivációk

Számos KAM-mal foglalkozó szerző alapvető különbséget tesz KAM-használók között, leginkább aszerint, hogy a beteg mennyire elkötelezett a KAM értékrendszere, képzetei vagy használata iránt. Bishop és Mikaelsson például „alacsony” és „magas” KAM-használati elköteleződést különböztet meg (12, 152), mely nagyrészt a KAM MM-jével való azonosuláson múlik, de befolyásolja az aktuális betegség súlyossága, a biomedicinához való viszony, az elérhető gyógymódok megítélése és hatékonysága, az anyagi helyzet stb. Thorne megállapítja, hogy vannak olyan KAM-használók, akik kétségbeesett állapotban vannak, mert a nyugati orvoslás nem tudja megállapítani mi okozza panaszukat, nem tud hatékony gyógymódot ajánlani, illetve terminális betegek – ők, írja Thorne, bármit kipróbálnának, csak hogy jobb állapotba kerüljenek (10). Furnham három kategóriát különböztet meg: elv-alapú, frusztráció-alapú és opportunistá KAM-használat (153): az első csoportban olyan betegek találhatók, akik vallásszerűen hisznek a KAM-ban és/vagy azonosulnak értékrendszerével, a második csoport olyan betegeket jelöl, akik a nyugati orvoslásban valamilyen negatív élmény és/vagy hiány miatt tértek át a KAM-ra, és az utolsó csoportban olyan egyének vannak, akik alkalmi használók vagy csak kíváncsiak. Sharma is hasonló eredményeket közöl, vannak „stabil használók” és „vásárolgatók” (körülnézegetők, „shop around”) (154).

Bár hasznosak lehetnek a KAM-használat mögött rejlő motivációk megértésében, az ilyen tipológiák túlzott általánosítása félrevezető is lehet. Ritkán különbözik például a frusztráció-alapú és opportunistá KAM-használó, hiszen a „vásárolgatást” általában valamilyen elégedetlenség indítja el. Azonban határozottan elkülöníthető a filozófiai kongruencia alapján történő KAM-használati motiváció és a kétségbeesésből fakadó motiváció. Természetesen itt is lehet átfedés, ugyanis például a kétségbeesésből fakadó KAM-használat, amennyiben hatékony segítségként van megítélve, erőteljes hatással lehet a beteg MM-jére, értékrendszerére, és kialakulhat a filozófiai kongruencia.

7.1.2 Az immun-hangsúlyos magyarázó modell

Az immunrendszert központjába állító MM soha nem szerepelt önállóan, ehelyett az immunrendszer egyfajta összekötő, mediáló szerepet kapott a legtöbb MM-ben. Sok egyén MM-jében jelentős közös koncepció az immunrendszer legyengülése,

mint betegséget okozó vagy annak kialakulását lehetővé tevő tényező, illetve az egészség visszaállításában, a betegség leküzdésében közrejátszó erős immunrendszer. Az immunrendszer számtalanszor mint védelmező „pajzs” szerepelt a narratívákban, de ugyanakkor körülhatárolta az egyént, megrajzolta az Én vonalait, mely határ áthágásának élménye sok színben megjelent, leginkább negatív értelemben: támadás (pl.: környezetszennyezés), invázió (pl.: vírus), öntámadás (pl.: autoimmun folyamat), invazív behatolás (pl.: nyugati diagnosztikus/kuratív eljárás), orvosi gondatlanság (pl.: szakmai hozzáértés negatív megítélése) és természetellenesség (pl.: gyógyszer). Az én határainak átlépése ritkán kapcsolódott gyógyításhoz vagy gyógyuláshoz, ugyanis a legtöbb esetben az immunrendszer erősítése olyan eljárásokat és élményeket takart, melyeket betegek úgy konceptualizáltak, hogy „belülről jön”, azaz a beteg saját erőforrásainak mobilizálásával. Ezt a betegek gyógymódként passzívabb (beszélgetés, realizáció, feltöltődés stb.) vagy aktívabb (kirándulás, testmozgás stb.) módon képzeltek el. Az immunerősítés kapcsolódott „természetes” szerekhez is, például gyógynövények, teák, kiegészítők használatához.

7.1.3 A táplálkozás-hangsúlyos magyarázó modell

A táplálkozással kapcsolatos MM-re leginkább ható társadalmi jelenségek az életmód politizálódása és kommodifikációja, ugyanis az ilyen hangsúlyú MM-mel rendelkező egyénekre van elsősorban hatással a jelentős termékkínálattal és szolgáltatóiparral rendelkező egészségkultusz. Az egészség azonosul a természetessel, mely jelen esetben a bio- és organikus, vegyszerektől/hormonoktól/adalékoktól mentesnek vélt táplálék; a betegség a „méreganyagok” felhalmozódásaként konceptualizálódik és ezekkel kongruens módon, a „méregtelenítés” és a különböző diéták alkalmazása a leghatásosabbnak vélt gyógymód. A „méreganyag” leginkább a „kemikália”, „vegyszer”, „adalék”, „szintetikus” szinonimája, a „méregtelenítés” pedig az ezektől való „megtisztulás”, „kiürülés”. Adott esetben a „méreg” azonosulhat a gyógyszerrel is, mely gyógyszerellenes attitűdöt hoz létre. A KAM világának legfőbb vonzereje az, hogy a beteg „természetes” gyógymódokként azonosítja, illetve hogy a test „öngyógyító mechanizmusait” serkenti, azaz, nincs szükség külső ágens bevitelére, vagy ha valamilyen szer bevitelével jár, az „természetes”, mint a gyógynövények,

vitaminok/ásványanyagok, oldatok – tehát az individuuum nem a „szintetikussal” vagy „mesterséggel” azonosítja.

A táplálkozás-hangsúlyos MM-ben gondolkodó egyén paradox kapcsolatban áll a fogyasztói társadalommal: míg viselkedésének tudatos aspektusai szerint ellenszegül a többségi normáknak – és bizonyos mértékben így is tesz, például a gyorsételek és a rossz minőségű élelmiszerek kerülésével, netán bizonyos normákkal átítatott étrend követésével, mint a veganizmus – ugyanakkor elkötelezett fogyasztója a „természetes” termékek és szolgáltatások piacának. Így a táplálkozás-hangsúlyos modellű egyén hajlamos sok termékkel és szolgáltatással kísérletezni, esetleg halmozottan használni. Mindezek a mintázatok kapcsolódhatnak a jelenleg medikalizáció alá vont viselkedéshez, az egészséges életmód patológiás eltúlzásaként jellemzett ortorexia nervosa-hoz (155).

7.1.4 Az ökológia-hangsúlyos magyarázó modell

Az ökológia-hangsúlyos gondolkodásmód leggyakoribb visszatérő eleme az észlelt támadás, a társadalom (egy-egy aktorainak) rosszindulata, hanyagsága, vagy érdekorientáltsága miatt bekövetkező környezetszennyezés (levegő, víz stb.), illetve az egészség fenntartását akadályozó körülmények (pl.: alvásdepriváció, túlhajszoltság, urbanizációval járó kihívások). Az érdekorientáltság egy prominens megjelenítője a Big Pharma attitűd, mely mozoghat egy elszigetelt rossz véleménytől egészen az összeesküvés-elméletekig. A jelenlegi kor egyértelműen negatív megítélés alá esik és gyakran párosul a hanyatlásizmussal („minden egyre rosszabb”, bővebben lásd: 7.5.1 pont), főként a társadalmi értékekkel kapcsolatban, így kongruens módon az emberiség vagy az egyén „aranykora” erősen hangsúlyos ebben az MM-ben. Az ökológia-hangsúlyos keretben a „természetes” a nem urbanizált életkörülményekre vonatkozik leginkább, valamint a régmúlt életvitelére, esetleg a természetes környezethez fűződő közelebbi viszonyra. A „természetellenesség” vagy a szennyeződésben konceptualizálódik vagy a modern technika ártaibaiban (pl.: sugárzás, biotechnológia). A gyógyászat terén az invazív eljárások és iatrogén hatások kerülnek előtérbe. A „méreganyag” koncepciója itt is jelentős szereppel bír, mely jobban kötődik a gyógyszerhez, mint a táplálkozás-hangsúlyos MM esetében. A betegségképben a szennyezés és a támadás egyaránt fontos, ugyanis míg a táplálkozás-hangsúlyos

modellben pusztán az élet velejárója a beszennyeződés, addig az ökológiai változatban rosszakarat vagy hanyagság által okozott támadás. Így, ezzel kongruens módon, az egészségképben fontos szerepet játszik a támadás elhárítása, a biztonságérzet, illetve a védelem – ezek mind kulcsértékű metaforák az egészség és gyógyulás konceptualizációjában.

A KAM világhoz való vonzódás így kialakulhat e védelem kapcsán: a KAM termékek és szolgáltatások segítik a szervezet védekező rendszerét, és ehhez kapcsolódóan fontos asszociáció, hogy míg a biomedicina a többségi társadalommal azonosul, addig a KAM éppen a társadalmon kívüli, a társadalom perifériáján elhelyezkedő világgal azonosul.

7.1.5 A pszichoszociális-hangsúlyos magyarázó modell

A pszichoszociális értelmezési keret volt a legsokszínűbb az etnográfiai anyagban, retorikában és konceptuális specifikumokban eltérő jelenségeket tartalmaz. Így a betegségért, egészségért felelős lehet az idegrendszer/agy, a lélek, a psziché, az elme, a szív; a betegséget okozhatja egy trauma, rossz megküzdési stratégia, generalizált szorongás, specifikus vagy non-specifikus eredetű stressz. A vélekedés mely összeköti e sokféle emberképet és betegségképet az, hogy az intra- és interperszonális konfliktusok okozzák a betegséget, és ezzel kongruens módon, ezek megoldása vagy megszűnése előidézi az egészséget. Jelentősen befolyásolja ezt a gondolkodásmódot a szociokulturális miliőben elterjedt pszichologizáció, a „pozitív gondolkodás” koncepciója és különböző ehhez társítható egyéni és társas gyakorlatok, valamint a Holisztikus Egészség mozgalom, mely egyfajta aszimmetrikus holizmus-meghatározást propagál. Kulcstémái ezen értelmezési keretnek a stressz és trauma képzetek, melynek az egyén legtöbbször passzívabb szerepben elszenvedője, és kevésbé jelenik meg az ágencia lehetősége.

A beteget a KAM világa felé elsősorban a holisztikusság ígérete vonzza, bárhogy is definiálja a holizmust –leggyakrabban ez az érzelmek aszimmetrikus hangsúlyozásában merül ki és a KAM modalitásban ez az aspektus fog kitűnni és vonzóvá válni a beteg számára, attól függetlenül, hogy a modalitás mások (betegek, gyógyítók) véleményében is emóció-hangsúlyos-e. Míg a pszichoszociális modellben fontos a betegség pszichológiai hangsúlyú oki teóriájának konstruálása, ez a jelentés

legtöbbször non-specifikus marad, azaz leginkább a stressz forrása kerül megnevezésre (pl.: főnök, párkapcsolat) vagy a konkrét interperszonális konfliktus felidézése, de ennél részletesebben nem kerül értelmezésre. Mivel az egyén szerint a betegség pszichoszociális tényezők miatt alakult ki, ezért a KAM világában megtapasztalható társas támogatás rendkívüli jelentőséggel bírhat. Ezutóbbi magyarázat lehet arra, hogy az ilyen gondolkodásmódú beteg miért a KAM-ban keres segítséget és nem pszichoterapeutánál. Egy másik ok az lehet, hogy elsősorban szomatikus problémával küzd, ezért olyan segítségért folyamodik, mely egyszerre kezel „testet és lelket”.

7.1.6 A vitalista-hangsúlyos magyarázó modell

A vitalizmus, azaz energiaképzetekben való hit leginkább a New Age világgéppel hozható összefüggésbe, melyben prominens szerep jut a szakralizált Szelf-nek, az élőlények között vélt univerzális Egységnek, és az egészség, mint éniideal koncepciójának. A szomatikus betegséget „tanítóként” konceptualizálják, mely felhívja a beteg figyelmét egy „mélyebb” pszichoszociális problémára, így voltaképpen minden vitalista-hangsúlyos MM egyben pszichoszociális-hangsúlyos is. A legnagyobb különbség a két modell-típus között énikus (belső) szemszögből az, hogy a keletnek tulajdonított filozófiai elemek (pl.: energia, reinkarnáció, karma) nagyobb hangsúllyal bírnak. Étikus (külső) szemszögből viszont a jelentésadás specificitása és a beteg által érzett ágencia a legfőbb különbség: a vitalista MM sokkal nagyobb részletességgel ruhazza fel a betegséget jelentéssel, mely egyrészt annak köszönhető, hogy a Szelf és az interperszonális kapcsolatok szakrális jelleget öltenek, másfelől pedig azért, mert az energiaképzetek medálnak egy olyan betegségszimbolikai rendszert, mely a pszichoszociális modellben ritkán alkalmazott. A betegségszimbolika, mely a test- és szervszimbolikán is alapszik kulturálisan és szubkulturálisan determinált, mégis személyre szabott jelentések konstruálását teszi lehetővé.

Ezek miatt az érzelmi világra kiterjedő KAM világgép vagy az érzelmekre (is) ható KAM modalitás vonzó a vitalista számára, aki nem pusztán szomatikus gyógyulását reméli a gyógy módtól, hanem a „személyes fejlődésében” való segítséget. Ugyanis a betegség tanítóként való konceptualizálása feltételezi, hogy valamit meg kell tanulni, és az elérendő cél az ideális Énné válás. A KAM világához vonzó tényező a társas támogatás, de még inkább a beavatás élménye, azaz a tudáshalmazok feltárása és

a szakrális archetípussá válás. Tehát a vitalista gondolkodású egyén számára fontos, hogy mindinkább érezze, egyre több önismeretre, tudásra, és gyógyítói képességre tesz szert. Így a pszichoszociális MM-mel ellentétben, a vitalista-hangsúlyos modellt az ágencia is jellemzi.

7.1.7 A magyarázó modellekről

Az MM tipológia a lehetséges értelmezési kereteket jeleníti meg, melyeknek egy sajátos eloszlása, hibridizált változata jellemzi az egyén gondolkodásmódját. Rendkívül sok tényező függvénye, hogy miként alakul ki az egyéni MM, mint például a betegség specifikumai (jelleg, kezdetének időpontja, tünetei), az egyén viszonyulása a társadalomhoz és a biomedicinához, az egyénben kialakult kulturális diszpozíciók által diktált preferenciák, valamint szubkulturális és familiáris közegének véleménye. Mindemellett hangsúlyozandó, hogy az egyénben különböző MM-ek alakulhatnak ki különböző betegségekre és idővel, élményekkel változhat a modell felépítése. Továbbá, hangsúlyozandó, hogy az individuum képzetrendszere és viselkedése jelentősen eltérhet egymástól, valamint az, hogy miként kommunikál vélekedéseiről kontextusfüggő (ki kérdezi, mikor, hol, és miért).

Hasonló témájú, laikus oki teóriákat magába foglaló kutatást hazánkban Szántó és mtsai (156) végeztek 1997-ben, melynek mérőeszköze az egészség- és betegségskála (Health and Illness Scale – HIS) magyar változatának egy része volt. A 720 főt érintő budapesti vizsgálat 31 itemen végzett faktoranalízisében öt faktor érte el a szerzők által elfogadhatónak tekintett öt százalékos variancia értéket, melyek a következő címkéket kapták: lelkiállapot, külső környezeti hatások, munka és életmód, egészségügyi ellátás és determináció. Az eredmények szerint a legmagasabb pontszámot a „lelkiállapot” faktor kapta, míg a legalacsonyabbat az „egészségügyi ellátás”. A „lelki problémák” hangsúlyos szerepét a laikus oki magyarázatokban jelen kutatási eredmények is alátámasztják.

Köteles és mtsai 2012-es hazai kutatásában (157) Robbins és Kirmayer (115) hármásfelosztású oki teóriákat tartalmazó tipológiája a KAM-használattal nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a budapesti diákok (n=99) és a háziiorvosi rendelőkben várakozók (n=104) kohortjában. Ugyanakkor vitatható, hogy a pusztán „szomatikus, pszichológiai és környezeti” kategóriákba sorolható betegségek különbözőképpen

értelmezhetők, nem általánosíthatók minden, az egyén által tapasztalt betegségre, és nem tükrözik az MM-ek komplexitását.

7.2 Klinikai szint

7.2.1 Információszerzés és tájékozódás

A terápiaválasztás legalapvetőbb mozzanata az információszerzés és értelmezés. Jelen kutatásban a két leginkább alkalmazott információforrás a Sorstárs (illetve személyes kapcsolatok), valamint az internet volt.

Míg 2010-ben Magyarországnak csupán 58%-a rendelkezett internethozzáféréssel, 2016-ra ez a szám 79%-ra emelkedett, és a statisztikák szerint az internetezők 87%-a használja az internetet egészségüggyel összefüggő információszerzésre (158), mely nagyjából megegyezik az amerikai adatokkal. 2011-es PEW adatok szerint az amerikai internetezők 72%-a keres rá konkrét betegségekre és kezelésükre. A lakosság 26%-a saját bevallása szerint az elmúlt 12 hónapban az interneten végigkövette egy másik személy betegségélményét, és 16%-a rákeresett egy Sorstársra vagy betegségközösségre. A betegségközösségek nagyrésze közösségi oldalakon található, az amerikai lakosság 81%-a, a magyar internetezők 83%-a van jelen ilyen oldalakon, persze számolni kell a korosztálybéli különbségekkel (pl.: 18-29 és a 30-49 éves korosztály hasonló arányban aktív).

A potenciális betegek túlnyomó többsége (89,6%) kezelőorvosától is tájékozódik, ugyanakkor 73,8% internetes keresést is végez – Molnár és mtsai., felnőtt szakrendeléseken folytatott vizsgálata szerint. Továbbá, a megkérdezettek 78,4%-a betegségről az interneten tájékozódott és csupán 52,9% tájékozódott orvostól (159). Ez a felmérés azt állítja, hogy pusztán 25,4% tájékozódik ismerősöktől, családtól, és 18,1% tájékozódik betegtársától (159), de a kutatás nem korlátozódott KAM-használókra és nem is foglalta magában a terápiaválasztást, mint változót. Jelen kutatás eredményei alapján feltételezni lehet, hogy KAM-használók körében jóval magasabb arányban hagyatkoznak a Sorstárs véleményére.

Tóth és mtsai vizsgálata szerint az internetezők a közösségi oldalakat egészséggel kapcsolatos célokra, információforrásként (43%) és valamilyen (önsegítő és/vagy sorstársi) csoport tagjaként (21%) használták (158). Molnár és mtsai vizsgálatában a betegek 45,5%-a követte a közösségi média hírfolyamait és csoportok megjegyzéseit (159). Tehát levonható az a következtetés, hogy a Sorstárs szerepe sokkal jelentősebb, és tágabb módon értelmezendő, mint a személyes kontaktus, ugyanis a közösségi oldalak, az önsegítő és a betegség-specifikus csoportok befolyása markáns az információgyűjtés és értelmezés során.

Mind az online közösségekben, mind pedig a világhálón folytatott „kutatás” során feltároló információban szelektív tartalmak állnak rendelkezésre. A visszhangkamra (olyan közegek, ahol az egyén csak sajátjával kongruens véleményekkel találkozik) és a szűrőbuborék (keresőmotorok által kialakított személyre szabott keresési eredmények) jelensége korlátozza az információforrásokat és az esetlegesen ellentmondó információ megnyilvánulását (lásd bővebben: 7.5.4 pont). Továbbá, minden kereséssel, minden kattintással, megerősödik ez az információs buborék és meghatározza a megjelenő hirdetéseket, valamint a keresési találatok sorrendjét (160). Egy 2016-os vizsgálat szerint, mely 376 millió Facebook felhasználó 900 hírportállal való viszonyát mérte, bemutatta, hogy az egyének olyan információra keresnek rá, mely alátámasztja meglévő ismereteiket, véleményüket (161). Tehát több, tandemben ható erő tartja fent a korábban kifejtett információs buborék jelenségét: 1) a közösségi oldalak résztvevőinek véleménye visszhangkamrát képez, 2) az online közösségek és fórumok szelektív hírfolyamokat és hírportálokat eredményeznek, 3) a keresőmotorok az előzmények alapján „optimalizálják” a keresési eredményeket, 4) az egyén által végzett keresés kulcsszavai és a kiválasztott honlapok tartalma egyezik a prekonceptiókkal, 5) az új információ feldolgozása során felmerülő (előzetes élmények és preferenciák által kialakított) megerősítési torzítás (162). Újból hangsúlyozandó ezen a ponton a kulturális diszpozíciók (vélekedési, viselkedési tendenciák) terápiaválasztásban betöltött fontossága, melyek befolyásolják, hogy az egyén mi alapján keres, értékkel, értelmez egy információt, illetve a diszpozíciók befolyásolják az interperszonális kapcsolatok kialakítását is. Mindemellett az (online és offline) ingroupok normarendszerének is jelentős hatásuk van arra, hogy az egyén miként szűri meg az információt és hogyan dolgozza fel (163).

Érdemes továbbá megemlíteni az információforrások policentrikus burjánzásában történő világkép piacon zajló versengést és az ahhoz kapcsolódó kezdeményezéseket, mint a belga „Don't Google it, check a reliable source” kapányt vagy a Google (jelenleg béta-verzióban működő) tünetellenőrző alkalmazását, mely videó chaten keresztül orvosi véleményt biztosít. Az, hogy ki szolgáltatja a többség által autentikusnak tartott információt és az mennyire könnyen hozzáférhető, számottevő hatalom egészségügyi témákban is.

A tudomány, kiváltképp az orvostudomány eredményeinek kommunikálásával és laikus értelmezésével foglalkozó „science communication” interdiszciplináris területe tag szakirodalommal bír. A tudományterülethez tartozó cikkekben található bővebb információ arról, hogy egy laikus milyen kritériumok mentén ítél meg szakértőket, tudományos információkat és milyen faktorok befolyásolják ezeket a percepciókat (163), akár például az oltásokkal kapcsolatban (164). A közrejátszó szociokulturális és szociodemográfiai faktorokat Larson és mtsai irodalmi áttekintése (165) szintén elemzi.

7.2.2 Segítségkeresés

Az egészségügyi információ felkutatását követően és/vagy azzal párhuzamosan elindul a segítségkeresési folyamat is, melynek erőteljes befolyásoló tényezője az, hogy a beteg milyen testi változásokat, panaszokat észlel és mikortól tekinti azokat betegséget sugalló potenciális „tünetnek” (166). Változó, hogy az egyén mikortól értelmez egy szomatikus panaszt „tünetnek”, de bizonyos általános minták felfedezhetők. Tünetként jellemezheti a beteg, ha a testi változás például új és/vagy váratlan időtartamig áll fent (167), megzavarja a mindennapi élet rutinját (14) vagy szokatlan testnedvek jelentkeznek (pl.: vérzés) (168). Mindazonáltal, az előzetes tapasztalatok és preconcepciók komolyan befolyásolják, hogy mi számít „abnormálisnak” (14). Ugyanígy egyedi és kulturális jellemzőkkel bír a laikusok által felállított betegségtypológia, vagyis, hogy mi minősül „komoly” és „komolytalan/enyhe” betegségnak. Mindez befolyásolja, hogy milyen segítség után néz az illető.

Amikor a sürgősség állapota előáll, az egyén az információforrások hierarchiájában megszerzett adatok alapján segítség után néz. Ajzen szerint a segítségkeresés során tanúsított magatartás és döntések nagyrészt attól függenek, hogy a beteg szerint mennyire könnyen végrehajtható vagy megvalósítható, mások mennyire

helyeselnék a döntést és mennyire illeszkedik a beteg meglévő attitűdjeihez, értékeihez (125). Pescosolido az egyén kapcsolathálójára helyezi a hangsúlyt, és amellet érvel, hogy a segítség-keresés társas jelenség (130). Thompson is hasonlóképpen azt állítja, hogy az egyén döntései a társas jelenségek és erők által meghatározottak, valamint befolyásolják azok a sorstársi történetek, melyekkel a beteg azonosul (99). Arnault egy kontextuális szinttel kijebb helyezkedve a „közösségi háló” fogalmába ülteti az erőviszonyokat, beleértve az ellátási munka- és erőforrás megosztást is (166). A bizonyosan multifaktoriálisnak mondható segítségkérési folyamat tényszerűen nem egyéni döntés, hanem a társadalmi struktúra viszonylatában, a benne lévő és azt generáló erők hatására zajló folyamat (66).

7.2.3 A KAM-használat módja

A legtöbb kvantitatív kutatás nem méri külön a komplementer és alternatív KAM-használatot, de amelyik igen, állítja, hogy a nyugati országok betegei inkább kiegészítő kezelésként alkalmazzák, mint a biomedicina helyett (65, 66). Alternatív kezelésként egyes vizsgálatok szerint a KAM-használók 4,4%-a (65), míg más vizsgálatokban a betegek több mint 29%-a (7) használja. Releváns kutatási és elemzési kérdés, hogy vajon e két csoportnak eltérők-e a terápiaválasztási indokai. Astin mérése szerint a biomedicina (vagy egy orvos/kórház) iránti elégedetlenség vagy bizalmatlanság a komplementer használatban nem, de az alternatívban szignifikáns prediktor volt. A komplementer használatban az olyan kulturális diszpozíciók, mint a „holizmus” vagy „spiritualitás” iránti nyitottság jelezte előre a KAM-használatot (65).

Astin megfigyeléseit jelen kutatás eredményei is alátámasztják. Abban az esetben, amikor a beteg nagymértékű bizalomvesztést élt meg egy orvossal vagy az egész nyugati orvoslással kapcsolatban, akkor hajlamos volt polarizált módon vélekedni a terápiaválasztásról és teljes mértékben a nem-konvencionális medicinában keresni a gyógyírt problémájára. Azonban a legtöbb beteg esetében integrált (nem polarizált komplementer használat) vagy nem állandósultan polarizált (néha komplementer, néha alternatív használat) viselkedés volt megfigyelhető. Módszertani kihívást jelent annak mérése, hogy a beteg miként használja a KAM-mot, ugyanis rendelkezhet egy olyan betegségtypológiával, ami alapján a „komolytan” betegségeket KAM-mal kezeli, a „komoly” betegségekkel pedig a konvencionális medicinához fordul. Eltérő lehet egy-

egy betegség kapcsán döntési stratégiája. Emellett különböző az attitűdök és a tényleges használat mérése, ugyanis intenzív biomedicina ellenes vagy gyógyszerellenes attitűdöket is mérhetünk olyan betegeknél is, akik kénytelenek a konvencionális orvoslásra hagyatkozni vagy gyógyszert szedni, mert különben életveszélybe kerülnének.

Jelentős kutatási területet képez az is, hogy a betegek miért folytatják a KAM alkalmazását, illetve miért hagyják félbe. Jelen kutatás etnográfiai adataiban legritkábban azért hagyták ott betegek a kezeléseket, mert nem érezték hatékonynak (vagy túl „lassúnak” vélték), gyakrabban a rendelő túl távol volt lakhelyüktől (pl.: vidékiek, más városból érkezők) vagy anyagi nehézséget okoztak a kezeléseket.

A KAM kezelések hatékonyságának pozitív megítélése jól jelzi, hogy nem pusztán egy gyógymódról van szó, hanem új társas kapcsolatokról, új betegség- és egészségképről, melyek új célokat és értékeket hoznak az egyén életébe (169, 170). A terápia hatékonyságának szubjektív megítélésekor az észlelt szomatikus változások a pozitívan megélt szociokulturális közeggel egyetemben kerülnek értelmezésre. Így a KAM kezelés abbahagyása gyakran az ágenciát, kontrollérzetet, társas támogatást, és a gyógyulásba vetett hitet adó szociokulturális közeg felhagyásával is együtt jár, melyet a beteg még annak ellenére is megtartana, hogy biológiai mutatói nem javulnak. A terápia hatékonyságának szubjektív megítélése pedig több kutatás szerint is jelentős prediktív faktor (12, 171). Továbbá, ha az egyén a kezeléseket hatékonynak ítéli egy adott problémánál, akkor megnő annak esélye, hogy a jövőben is alkalmazni fogja más betegségek kapcsán (65).

7.2.4 A „bizonyíték” és a tudományhoz fűződő viszony

A kutatásban a betegséget és a gyógyulást illetően a legtöbb beteg számára az elsődleges bizonyíték az orvosi lelet volt. Egyértelműen fontos kulturális diszpozíció az, mind a betegség, mind a gyógyulás konstruálásában, hogy mérhető/kimutatható legyen az állapotváltozás. Annak ellenére, hogy egyes prekonceptiók szerint a KAM-használók tudományellenes attitűddel bírnak (157), más vizsgálatok, és jelen kutatás is rámutat arra, hogy létező igény az, hogy a tudomány validálja a KAM-mal való gyógyulást (99). Ez a diszpozíció, bár ambivalens módon, fennáll a KAM kezelések hatékonyságának kimutatásával kapcsolatban is. Egyfelől létezik egy implicit vagy explicit vágy arra,

hogy a tudomány alátámassza a személy által választott kezelési formát, bármilyen „ezoterikus” is legyen az. Másfelől viszont, az evidence-based módszerek szigorú elvárásai és eljárási rendszert jelentenek, így sokszor előfordul, hogy egy jelenség nem bizonyítható tudományos eszközökkel, pedig az átlagember mindennap tapasztalja azt. Ez a paradoxon akkor áll elő, ha az egyén egy olyan kultúrában szocializálódik, ahol a tudományos világnézet a domináns, és ez igaz volt jelen kutatás résztvevőire: egyszerre szeretnék, hogy a tudomány visszaigazolja bizalmukat a KAM-ban, másfelől, elvetik ennek fontosságát, mondván, „úgysem mérhető/bizonyítható”, amit tapasztalnak.

A paradoxon ennél tágabban is értelmezhető „összecsapás”, még hozzá a tudományos bizonyíték és a személyes tapasztalat megmértetése. A tudományos módszerekkel bizonyított „tény” a legtöbb beteg számára elsődleges szocializációja miatt fontos, de ugyanakkor a fent tárgyalt globális trendek (társadalmi intézmények iránti bizalomvesztés, információtermelés stb.) hatására a személyes tapasztalat felértékelődött.

Jelen etnográfiai anyagban a terápia hatékonyságának megítélése és a szociokulturális közeg fúziója miatt a pszichoszociális állapotváltozás (jobban érzi magát lelkiileg, felszabadultabb, fizikailag és szociálisan aktívabb) egy fontos „bizonyíték” a terápia hatékonyságának. A HKO esetében a terápia hatékonyságát jelezték a fellépő testérzetek is, például ha a beteg a tüszúrás helyétől távol lévő testrészen érzett valamilyen változást.

A „természetes” fogalma (lásd bővebben: 7.5.3 pont) a tudományhoz fűződő viszonyban is fontos szerepet játszik. Míg a biomedicina diagnosztikai eljárásainak többségével kapcsolatban a betegekben nem csak igény van, hanem bizalom is (pl.: egy vérkép vagy CT az „igazi” állapotot mutatja), addig a biotechnológia egyéb jelenségeit bizalmatlanság övezi. A sugárterápia, az összejt kezelés, az antibiotikum és sok egyéb modern orvosi eljárás gyakran „természetellenesnek” minősült. Itt a „természetellenesség” a dolgok eredeti, „természetesnek” ítélt állapotának, jellegének vagy progressziójának manipulációját jelenti, melyet a beteg negatívan értékelt. Ez az attitűd összhangban van a jelenlegi globális természetképpel, azzal a természettel, ahová az egyén kikapcsolódni, feltöltődni jár – ennek ellenpólusa a természet kontrollálása, melyet a modernitás és vele a biotechnológia erősen képvisel (50).

A fentiekkel gyakran szimultán jelentkező szakértői tudás megkérdőjelezése szintén globális trend, mely összefügg a társadalmi intézmények iránti bizalomvesztéssel, melyben a „szakértők” érdekorientáltak, véleményük megvásárolható, így elvesztik kredibilitásukat (lásd bővebben: 7.5.4 pont). Ebben a szociokulturális közegben a „szakértői tudás” szembe helyezkedik az „intuícióval”, mely utóbbi gyakran az autentikussággal, az igazsággal, a megbízhatósággal azonosul (172). Részben azzal magyarázható ez az episztemológiai paradigmaváltás, hogy az egyén véleményében az intuíció, a tudatalatti közelebbi kapcsolatban áll a mindenkori igazsággal, az erkölcsi tisztasággal, a morális értelemben vett megbízhatósággal. Ezzel ellentétben a tudás, a gondolkodás megbízhatatlan, hibás, mert ezek az emberi tökéletlenségnek kitett esendőségek. Ezutóbbi attitűd leginkább a New Age szemléletmódot jellemzi bármilyen KAM modalitásban (173), de összefüggésben állhat a társadalmi bizalomvesztéssel is vagy a vallásos gondolkodás egyes formáival (lásd: 7.4.3 pont).

7.2.5 Az orvos-beteg kapcsolat és a konzultáció

A kutatók többsége egyetért abban, hogy a betegszerep és az orvos-beteg kapcsolat változik. Az individualizáció, a spiritualitás vagy jogi okok miatt bekövetkező tekintélyviszonyok átalakulása, valamint a szakértői tudásban megingott bizalom szervesen hozzájárul a partneri kapcsolat preferenciájához (30, 66, 80, 84), a sok információ és ahhoz való könnyű hozzáférés pedig aktívabb résztvevővé teszi a beteget (159). Kelner szerint az internet, az információburjánzás és a kapitalizmus együttes hatása az ún. „smart consumer” kialakulása (72). Az egyre inkább jellemző egészségügyi piac modell és a beteg fogyasztóként való konceptualizálása során az egyén és rendszer erőviszonya átalakul. Az egyén egyre több hatalommal bír, hiszen jogában áll, lehetősége van és kényszerül is arra, hogy válasszon. Az amerikai viszonyokról író Thompson szerint az orvost immár szolgáltatóként konceptualizálják, akinek szakmai hozzáértése és kommunikációja a páciens-fogyasztó-vevő kritikájának tárgyává válik (99).

Gaal, az orvos-beteg kapcsolatot érintő egyéb tényezőkre helyezi a hangsúlyt: „A XX. században az egyszemélyes orvos-beteg kapcsolat nem utolsósorban az orvosszakma specializálódását eredményező tudományos és technikai fejlődésnek

köszönhetően fokozatosan intézmény és beteg kapcsolatává alakult, a beteg úgy érzi: egy gyárba, egy futószalagra került” (174) (vö.: (80, 107)). Más szerzők a társadalmi mozgalmak hatásait hangsúlyozzák: a Holisztikus Egészség és New Age mozgalmak által konstruált gyógyító szerepe inkább tanító, segítő, vezető, mellyel párhuzamosan a beteg sokkal aktívabbnak, felelősegteljesebbnek van feltüntetve (80, 175, 176). Ugyancsak mások a KAM-ban tapasztalható differenciált, személyre szabott betegkezelési módot, a gyógyító „empatikus” viszonyulását (99), törődő gesztusainak hangsúlyos szerepét (gondoskodás, testi kontaktus stb.) (30) és beteg szabad narratíváját (154) emelik ki, melyeknek fontosságát jelen kutatási eredmények is alátámasztják.

Siahpush azt találta, hogy míg az elégedetlenség a nyugati gyógyászati hatékonyságával kapcsolatban nem volt prediktív a KAM-használatra vonatkozóan, az orvos-beteg kapcsolattal szembeni érzett elégedetlenség meghatározó volt (80). Thompson is beszámol e kapcsolat fontosságáról, hogy amennyiben a beteg a konvencionális medicinában negatív tapasztalatokat szerzett (empátia és gondoskodás észlelt hiánya, „dehumanizáló” jelenségek), predispozíciót teremthet a „természetes” és „holisztikus” gyógyászati módok felé, melyek humánusabb és személyre szabottabb terápiás közeget képviselnek számára (99).

Kutatók gyakran szembeállítják az ún. paternalista és közös döntéshozatalt (shared decision making, SDM) (177), melyek egyfajta ellenpólust képviselnek egy döntéshozatali skálán, de ahogy Gaal megjegyzi, a modellek legtöbbször egységesen kezelik az orvosokat és a pácienseket (174), miközben a gyakorlat azt mutatja, hogy egyidejűleg különböző viszonyulási preferenciák léteznek (mind a konvencionális medicina, mind a KAM világában). Gaal Vajda és mtsai hazai kutatására hivatkozik mikor állítja, hogy Magyarországon a jól kommunikáló orvost legtöbbször a paternalisztikus modellel azonosítják (178). Tóth és mtsai kutatásának eredménye szerint mintájuk 62%-a nem a konvencionális orvostól várja az érzelmi támogatást (158). Cant megállapításában nemzetközi szinten is megfigyelhető, hogy még az SDM modellt preferáló betegek sem feltétlenül vágnak teljes egyenjogúságra, és ugyanúgy a partneri kapcsolatban praktizáló gyógyítók sem szeretnék teljesen feladni a kontrollt (154). Jelen kutatási eredmények is azt mutatják, hogy bár a KAM világában tendencia jobban személyre szabni a konzultációkat, kezeléseket és inkább a partneri kapcsolat és SDM modell jellemző, nem minden KAM specialista tölt több időt betegével, mint a

konvencionális orvos. Ugyanúgy eltérő preferenciák lehetnek betegek között: nem minden egyén vágyik aktív szerepre saját gyógyulásában, nem mindenki szeretne részt venni a terápiás döntések meghozatalában, nem mindenki vágyik több konzultációs időre, illetve nem ezek jelentik számára az orvos-beteg kapcsolatban fontos bizalmat. Végül ezzel az eklektikus tájképpel összhangban hangsúlyozandó, hogy vannak olyan orvos-beteg viszonyok a KAM világában is, mint például a guru-tanítvány/páciens viszony, mely egyes esetekben ultra-paternalisztikus vonásokat mutathat.

„A medicina – az orvos-beteg viszonytal – is kulturális termék. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az adott kultúra szubkultúrája, amely osztozik az őt megalkotó és fenntartó kultúra alapvonásaiban, de saját belső játékszabályokat is működtet, amelyek, ha elég meghatározó ez a szubkultúra, akkor számos ponton befolyásolják a »fő« kultúra vonásait is” – írja Bánfalvi (179). Számos más szerző is szorgalmazza azt a perspektívát, hogy az orvosi konzultáció voltaképpen két MM találkozása, a betegé és az orvosé (14, 113). A beteg segítségkeresését befolyásolja, hogy miként gondolkodik a betegségről és egészségről, és mivel az ember hajlamos arra, hogy előzetes meggyőződését megerősítse (180), hasonló gondolkodásmódú jelenségeket és embereket keres. Tehát a beteg olyan terápiákat és gyógyítókat fog felkutatni, akik kongruensek meglévő világképével, különösképpen a szenvedéshez társított jelentések mentén (72, 181).

Kutatók által gyakran citált indoka a KAM felé fordulásnak, hogy a pszichoszociális hangsúlyú köznyelvi terminusokból álló KAM MM-ek a betegek számára könnyebben érthetőek, mint a biomedicina nyelve. Míg ez megalapozott érv, hangsúlyozandó, hogy attól, hogy egy egyén „jobban ért” egy magyarázatot, még nem feltétlenül azonosul vele. Az azonosulás sokkal inkább a jelentésrendszeren keresztül történhet: a KAM modalitások sokszor a beteg számára könnyebben személyre szabható jelentésekkel, szimbólumokkal, alapfogalmakkal rendelkeznek, és betegség idején a jelentésadás kiemelten fontos szerepet játszik. Konvencionális orvosok számára kihívás lehet olyan koncepciókat számításba venni, mint amelyek itt eddig górcső alá kerültek, valamint a nyugati medicina nem rendelkezik egy olyan szimbólumrendszerrel, mely személyre szabható jelentéseket tenne lehetővé. Ez a helyzet vezetheti oda a beteget, hogy úgy érzi a biomedikális magyarázatok nem elégségesek, jelentésnélküliek (66), az orvos pedig nem mutat kellő empátiát. Kívülről nézve a szituációt úgy is lehetne

értelmezni, hogy orvosi kultúrák és normatív képzetek közötti különbségek állnak fenn. Tehát az orvosi konzultáció során elsődleges, hogy a beszélgetőtársak közös nyelvet találjanak a megértés érdekében (67, 151, 182).

7.2.6 „Orvostájékoztatás”

Különböző országokban készült felmérések szerint a KAM-használók 40-77%-a nem tájékoztatja orvosát arról, hogy kiegészítő gyógymódot vagy terméket vesz igénybe (26, 64, 183–185). A kanadai Thorne vizsgálatában például minden alany beszámolt orvosának KAM-használatáról (10), de ez egy interjú-alapú felmérés volt, melyet kórházban végeztek, így torzíthatnak az eredmények aszerint, hogy betegek milyen expektanciát észleltek a kérdezők részéről, illetve milyen esetleges félelmeik lehettek a válaszadás során. Magyarországon nem sokan vizsgálták ezt a kérdést, Soós és mtsai arról számolnak be, hogy 194 háziorvosból álló mintájuk 91,8%-a fontosnak tartotta, hogy tudjon betegeinek KAM-használatáról, de ennek ellenére csupán 35,6% érezte úgy, hogy betegei minden esetben tájékoztatják őt (58).

A kutatások ebben az altémában is módszertani sokszínűséget mutatnak, ugyanis jelentősen befolyásolja az eredményeket, hogy milyen helyszínen (az ország egészségügyi rendszere, a lekérdezés helyszíne és kontextusa stb.) és milyen szempontok szerint zajlik. Például, a magas KAM-használati prevalenciával rendelkező daganatos betegek körében végzett vizsgálatok metaanalízise 11-95% közötti használati arányt talált és 20-77% nem tájékoztatta erről orvosát (3). A nagy variancia eklatánsan mutatja, milyen erős befolyása van a módszertani megfontolásoknak, a kulturális különbségeknek, valamint annak, hogy pontosan milyen betegséget vizsgálunk – még daganatos betegségek között is nagy különbségeket találunk. A bizonyos KAM modalitásokra koncentrált vizsgálatok is jelentősek, ugyanis számottevő eltérés lehet a különböző KAM-mot használó betegek orvostájékoztatási tendenciájában, például Amerikában leginkább a termékek, így a gyógynövény-alapú kiegészítők terjedtek el, ezeknek használói kevésbé tájékoztatják orvosukat a termékek igénybevételéről (5,2%), pedig éppen ezeknél magas a kockázata annak, hogy negatív interakcióba lép a konvencionális terápiával (64).

A kezelőorvos tájékoztatásának hiánya kapcsán számos indok fellelhető a szakirodalomban, melyekből a legprominensebb, hogy a beteg tart a konvencionális

orvos negatív reakciójától és elítélő véleményétől, vagy úgy véli orvosát nem érdekli a téma vagy nem ért hozzá, illetve nem kell róla tudnia (3, 10, 64, 184). Kutatások még beszámolnak arról az indokról is, hogy a beteg azért nem tájékoztatta kezelőorvosát, mert az nem kérdezett rá, illetve nem volt elég idő erre a konzultáció során. Jelen kutatás etnográfiai anyagában mindegyik fenti laikus érv szerepel és ugyanúgy a legprominensebb az orvos reakciójától való félelem. Az, hogy a beteg kezdeményez-e ilyen témájú beszélgetést vagy hajlandó-e válaszolni, ha kérdezik, sok tényező függvénye: az orvos-beteg közötti bizalom mértéke, a kommunikációs technikák hatékonysága, az alkalmazott KAM modalitás társadalmi megítélése, valamint a KAM és biomedicina viszonya társadalmi szinten.

Adler amerikai emlődaganatos betegek között végzett kutatása kitért egy másik fontos jelenségre az orvostájékoztatás kapcsán. A kutató azt találta, hogy 86 beteg közül 72% alkalmazott valamilyen KAM modalitást, csupán 54% számolt be erről konvencionális orvosának, ugyanakkor 94% rendszeresen megbeszélte KAM kezelőjével a konvencionális terápia részleteit és eredményeit (186). Ez egy jelentős tényre hívja fel a figyelmet, melyet jelen kutatás is alátámaszt: a beteg sok esetben hajlamos arra, hogy a KAM kezelővel beszélje meg egészségügyi, sőt konvencionális terápiákról szóló kérdéseit. Jelen mintában az indok erre az volt, hogy a KAM kezelő *„otthon van mindkét medicinában”* – utalván arra, hogy a hagyományos kínai orvoslásban praktizáló kezelő konvencionális orvos is, így felesleges megbeszélni a HKO igénybevételét a kezelőorvossal. Viszont Adler tanulmánya rávilágít arra, hogy ez az indok – mely Magyarországon érvényes, de Amerikában nem, ugyanis ott nem szükséges orvosi diploma a KAM modalitásokhoz –, nem feltétlenül magyarázza a beteg motivációit. Feltételezhető, hogy a gyógyító-beteg kapcsolatban lévő bizalom, valamint a nyitottság arra, hogy bármely témáról beszélgetést lehessen folytatni (van idő, lehetőség, kezdeményezés stb.) jelentős szereppel bír.

A szimultán alkalmazott gyógymódkról való orvos-beteg kommunikáció markáns fontosságú a növekvő KAM-használat tekintetében. Számos veszéllyel járhat a konvencionális gyógymód orvos tudta nélküli megszakítása, a különböző KAM termékek és szolgáltatások halmozott használata. A bizalomépítés és az aktív kommunikáció központi jelentőségű, ugyanis azok a betegek, akik negatívnak ítélik az orvosukkal való kapcsolatot, kevésbé valószínű, hogy tájékoztatják őt komplementer

gyógymód igénybevételéről vagy akár egy konvencionális terápia megszakításáról (64). Soós és mtsai vizsgálata rámutatnak arra, hogy az orvosoknak – legalábbis a „gatekeeper” szerepű házi orvosoknak – igénye van arra, hogy tudjanak betegeik KAM-használatáról és öngondoskodásuk részleteiről. Jelen vizsgálat pedig alátámasztja azt, hogy a legtöbb betegben jelentős igény van arra, hogy kezelőorvosával meg tudja beszélni a komplementer vagy alternatív lehetőségeket, hogy elsősorban tőle tájékozódjon és véleményét meghallgathassa.

7.3 Szubkulturális szint

A kutatás eredményei több módon is rávilágítanak arra, hogy a KAM-mal kapcsolatos terápiaválasztásban és annak folytatólagos használatában fontos szerepet töltenek be az in-group aspektusai, mint például a társas támogatás, az információcsere, a Sorstárssal való találkozás és a „tanulás” keretében megélt beavatás-élmény. Ezek, valamint analitikus kontextusuk kerülnek alább kifejtésre.

7.3.1 Társas támogatás és „social hub”

A KAM és egyéb közösségek kapcsán évtizedek óta prominens szakirodalma van a társas támogatás jelenségének. E fogalom olyan személyeket takar, akik az egyén számára támaszt nyújtanak, akik az egyén felé kifejezik, hogy gondoskodnak róluk és értékelik őket (187). A KAM modalitás által nyújtott társas támogatás meghatározó terápiaválasztási tényezőnek bizonyult jelen és számos egyéb kutatásban (7, 27, 66, 81). Ez nem pusztán a gyógyító-beteg kapcsolatban nyilvánult meg, hanem a modalitás közegében megélt sorstársi kapcsolatban is. Jelen kutatásban az egészségügyi személyzet, valamint a KAM specialista gondoskodásának kifejezése megnyilvánult az empátia gesztusaiban (ölelés, vállra helyezett kéz, meghallgatás stb.), a betegre szánt idő és figyelem mértékében, valamint egy olyan környezet biztosításában, amelyben a beteg „nem érezte magát betegnek”.

A társas támogatás nem pusztán interperszonális kapcsolatokat és pszichológiai támogatást takar. A rituális gyógyítás elemzése során többen, például Crapanzano (188) úgy vélték, hogy a terápiás folyamat hatékonysága éppen hogy a társas támogatás erejében keresendő („social support hypothesis”): a szolidaritás fokozása, az intra- és interperszonális feszültség csökkentése, egy emocionálisan biztonságos környezet

létrehozása az individuum számára – ezek szolgáltatják a beteg tapasztalatában a gyógyulásérzet jelentős részét.

A kutatásban egy rendelőtípusnak minősült a „social hub”, mely egy olyan központként szolgált, ahol főként proxemikai felépítése miatt a betegek könnyebben létesítettek kapcsolatokat egymással, és kezdeményeztek akár tartós, akár egyszeri dialógust. A betegek egymás közötti információáramlása kiterjedt KAM modalitásokra, szolgáltatásokra és szolgáltatókra, KAM termékekre, világszertei diskurzusokra, KAM-mok melletti tanúbizonyságokra, valamint biomedikális gyógymódok és konkrét orvosok ajánlására is. Ebben a társas közegben valósul meg a Sorstárssal való találkozás, és minden információt, mely tőle jön elsődleges hitelességgel és prioritással ruháztak fel. Az új és régi betegek személyes történetei, tapasztalatai, valamint a KAM specialistáktól származó információk mind jelentőséggel bírtak ebben a közegben. A legtöbbször KAM várótermekben zajló társasági élet fontos helyszíne lehet a sorstársi támogatásnak, ahogyan ezt más kvalitatív KAM kutatás is jelzi (27). Azt is fontos hangsúlyozni, hogy sok beteg egyszerre több KAM modalitást is alkalmaz (11), ezért nem pusztán egy in-group-pal rendelkezik. Továbbmenően, számtalan önszervező és betegség-specifikus csoport létezik, személyes és online formában, melyeknek szintén jelentős mozgatórugója a társas támogatás. A szakirodalom vegyes eredményeket közöl arra vonatkozóan, hogy vajon a társas támogatást igénylő KAM-használó gyengébb szociális hálójával rendelkezik-e, mint nem KAM-használó sorstársai (7).

Amennyiben a beteg implicit vagy explicit motivációja a KAM-használat révén valamely társadalmi intézménnyel vagy társadalmi értékkel szembeni ellenállását fejezi ki, akkor a „communitas” megélése fontos pszichoszociális adaléka a KAM közegéhez való tartozásnak. Turner leírásában a többségi társadalom elleni szubkulturális mozgalmakban a résztvevők átélhetnek egy intenzív közösségérzetet, egy erős kohéziót, pusztán az által, hogy a nagyobb társadalmi struktúrával szemben fogalmazzák meg saját magukat (189).

7.3.2 Beavatás-élmény

A beavatás fogalma komplex tartalommal bír, elsősorban azzal, hogy a beavatandót egy viszonylag zárt csoport befogadja, illetve, jelenthet egy meghatározott ismeretkörbe, tudásanyagba való fokozatos betekintést is, megpróbáltatások, vizsgák,

megmérettetések révén. Ez jelentkezhethet valamely vallási csoportnál, de a beavatás jelen van az orvossá válás folyamatában is (190). Sok KAM-használó esetében a beavatás diszpozíciója kimerülhet abban, hogy a beteg kezelésekre jár és a KAM világ-, ember-, betegség-, egészségképét megismeri és integrálja, de olykor a beteg nem csak az általános elméleti tudásra vágyik, hanem a gyógyítói szereppel azonosul: szeretne önmaga gyógyítójává válni és/vagy másokat is gyógyítani. Tehát nem csupán a „tudás” megszerzéséről, hanem a „titokba” való beavatásról is szó van. Miközben a beteg folyamatosan ismeri meg egyetlen vagy több KAM-világkép részleteit, illetve tanfolyamokra jár és az ismereteket saját világképébe integrálja, az „önismereti úton való haladás” érzetével is azonosíthatja.

Számos laikus MM-ben az egészségkép azonos az ideális Én képével, és a gyógyulás egyfajta „fejlődés” az énídeál elérésének folyamatában, éppen emiatt a beteg számára a gyógyító maga, de akár a gyógyítás cselekedete is, megtestesítheti ezt az elérendő célt. Így a KAM tanfolyamok és kezelések, a modalitás megismerése, megtapasztalása során a beteg úgy érzi, hogy közeledik célja, az egészség felé. A terápiás folyamat egy „önismereti úttá” válhat, miközben a beteg tapasztalata, hogy egyre inkább saját ideáljává válik. A biomedicinában a betegnek nincs lehetősége archetípusává válni, az orvos tudására szert tenni, és ez csökkentheti ágenciáját vagy kontrollérzetét is.

7.3.3 Enkulturáció és a „szimbiotikus gyógy mód” hipotézis

A legtöbb KAM modalitás egy önálló kulturális rendszer: sajátos világ-, ember-, betegség- és egészségképpel, meghatározott normavilággal, nyelvezettel, szimbólumkészlettel és társas kapcsolatokkal rendelkezik. A beteg sosem pusztán egy kezelést vesz igénybe, hanem legtöbbször egy komplett, új szociokulturális közegben találja magát, új interperszonális kapcsolatokkal és kulturális értékekkel. Továbbá minden KAM kezelőhelység rendelkezik egy mikrokultúrával, a társas viselkedést meghatározó proxemikai és kulturális tényezők által kialakított világgal. A beteg már eleve kongruens módon vélekedik és viselkedik (prediszponált filozófiai kongruencia) előzetesen kialakult kulturális diszpozíciói miatt vagy a KAM használata közben elsajátítja a kulturális közeg diszpozícióit (enkulturációból kialakuló filozófiai kongruencia). A végeredmény voltaképpen ugyanaz, a beteg úgy véli, hogy a KAM

értékrendszere és világszemlélete egyezik a sajátjával, azaz azonosul vele. Jelen kutatásban számos példa illusztrálta, ahogy a KAM specialista vagy egy tapasztaltabb, régebben a kezelőbe járó kliens „tanítja” az új beteget a kulturális közeg normáira, mely – ahogy a más közegekbe való enkulturáció vagy az elsődleges szocializációs folyamat is – főként implicit és indirekt módon („tacit” módon) történik (172, 191).

A közösségbe való tartozás, az abban tapasztalt társas támogatás, a tanulás általi beavatás-élmény és az enkulturáció folyamatának együttes hatása kialakíthatja a „szimbiotikus gyógy mód” (111, 188, 192) jelenségét, avagy így is lehet értelmezni a terápiás folyamatban lévő szociokulturális hatásokat. Ezen interpretációt a kutatók leginkább a rituális gyógyítás kapcsán fejtették ki: a szimbiózis a beteg és az őt gyógyító közösség között valósul meg, a beteg csatlakozik a közösséghez, akár ő maga is specialistává válhat, és az egészség eléréséhez periodikusan ismétlődő gyógyításokban részesül. A gyógyulás-élmény így inkrementális (172) és függvénye annak, hogy a beteg továbbra is abban a közösségben marad, valamint a közösség normarendszere szerint él. Az okok, ami miatt az egyén egy ilyen szimbiotikus kapcsolatba kerülhet, egyenes következménye lehet olyan predisponáló faktoroknak, melyekről eddig szó volt: a gyógyíthatatlannak minősített, a krónikus, a diagnózis/magyarázat nélküli betegségben szenvedő, a jelentésadás szükségessége miatt új MM után kutató beteg. A KAM modalitás MM-je rezonál a beteg meglévő kulturális diszpozícióival és ezek mentén konstruálja meg az önmaga számára elfogadható jelentést. Így ötvöződhet a gyógyulás-élmény a közösség szociokulturális normarendszerének követésével. A szimbiotikus gyógy mód hipotézise szoros analitikus kapcsolatban áll azzal a hipotézissel, miszerint az egyén a gyógyítás hatékonyságát az alapján ítéli meg, hogy a betegség/probléma miként lett meghatározva, vagyis hogy a kulturálisan determinált betegségre mi a kulturálisan meghatározott sikeres gyógyír. Egyes szerzők szerint a rituális gyógyítás minden formájára igaz, hogy azért hatékony, mert maga a kultúra és tagjai definiálják a problémát és a megoldást (193).

7.4 Társadalmi szint

7.4.1 A KAM kommodifikációja

A plurális egészségügyi piacon kulcsfontosságú az, hogy miként jelenik meg egy bizonyos medicina a társadalom számára, azaz milyen imázst formál magának. A szakmai tekintély kérdése központi: a sikeres medicina nemcsak szolgáltatásait tudja

érvényesíteni, népszerűsíteni, hanem világgépének dominanciáját a többségi társadalom értékrendszerében is képes biztosítani, ezáltal meghatározva a többi medicina kulturális rendszerének relatív helyzetét (194). Ahogyan egykoron a biomedicina, úgy a KAM különböző modalitásai, illetve a KAM mint a biomedicinával „szembeni” egységes Másik is keresztülmegy egy intézményesülési folyamaton (50). Stratton szerint a KAM „orvosi professzionalizáción” megy keresztül, melynek fázisai: elítélés, újraértékelés, integráció, végül együttműködés (66) (vö. (195)). Az, hogy egy adott országban milyen viszonyban áll a biomedicina és a KAM, rendkívül sok tényező függvénye, például a KAM története és jogi helyzete, az egészségügyi rendszer és társadalombiztosítás felépítése, a KAM modalitások elterjedtsége és hozzáférése, a KAM oktatásának helyzete, a társadalom megítélése és a médiában való feltüntetése is befolyásolhatja (30, 80, 194). Ezen tényezők jelentősége és egymásra hatása az Egyesült Államok és Magyarország példáján keresztül kerül alább röviden bemutatásra.

A kultúrát lehet a termelés tükréként látni, írja Bakx: a tömegtermelés tömegfogyasztást és tömegkultúrát takar, de jelenleg már átléptünk a differenciált fogyasztói igények korába, azaz “a gyártósor diktatúrájából a fogyasztói termékválasztás (“consumer choice”) diktatúrájába” (194). Goldstein 2002-ben Amerikában a KAM-mot már a professzionalizáció integrációs fázisában látta, hiszen kórházak és orvosi szervezetek egyes KAM modalitásokat ajánlanak, sőt, külön díj ellenében az egészségbiztosítás része is lehet. Továbbmenően, a KAM-mot bár részlegesen, de a legtöbb orvosi egyetemen oktatják, valamint jelentős szakmai folyóiratok (pl.: a Journal of the American Medical Association) egész folyóiratszámokat szentelnek a KAM kutatásoknak (30).

A KAM elsődleges fontosságú amerikai szervezetét, mely a Nemzeti Egészségügyi Intézetek (NIH) kategóriájába esik, a kormány hozta létre, és a szervezet nevének, valamint az állami támogatás összegének változása jól illusztrálja, miként alakult a KAM-hoz való hozzáállás az elmúlt 25 évben. Alapításakor 1992-ben „Office of Alternative Medicine”-nek hívták és támogatása 2 millió dollár volt; 1998-ban átnevezték „National Center for Complementary and Alternative Medicine”-re és 19,5 millió dolláros támogatásban részesült, míg a következő évben már 50,0 millióval gazdálkodhattak. 2014-ben újból átnevezték a jelenleg is használt nevére, „National Center for Complementary and Integrative Health” és 2017-ben már 130,5 millió

dolláros támogatást kapott. A szervezet nevében jól látszódik Stratton professzionalizációs folyamatleírása: először „alternatív” (elítélés fázisa – bár részleges, hiszen már egy létrejött állami szervezetről beszélünk), majd „komplementer és alternatív” (újraértékelés fázisa), jelenleg pedig „integratív” (integráció fázisa). Amennyiben Amerikában valóban az integráció fázisában van a KAM, jelentős kérdés, hogy miért alakult épp így a KAM és biomedicina viszonya – ez mélyebb megértést adhat az egészségügyi piacot formáló erőkről és viszonyrendszerekről.

Az Államok egészségügyi rendszerében számottevő szereppel bírnak a privát, profitorientált biztosítási vállalatok, ezért sokszor piac-vezérelt egészségbiztosítási modellként utalnak rá. Ebben a modellben, ahogy a vállalati szférában mindenhol, az olyan anyagi megfontolások, mint a kiadások csökkentése, a nyereségesség és a részvényesi érték, jelentősen meghatározzák a vállalati viselkedést. A biztosítók, de sok egyéb egészségügyi szervezet is kénytelen hasonló stratégiákat alkalmazni, hogy versenyképesek maradjanak, mind a betegek ellátásában, mind a finanszírozás tekintetében (30). Tehát elsődleges fontosságú a fogyasztói termékválasztás, és e cél érdekében a szolgáltatások bővítése és optimalizálása.

Alább a politikai és szociokulturális jelenségek egyes összefüggéseinek bemutatása jelenik meg és nem a konkrét oksági viszonyok felállítása következik. Washington államban, lakossági igények alapján, 1996-ban az állam kötelezővé tette a biztosító társaságoknak, hogy fedezzék a licenccel rendelkező KAM szolgáltatókat (175, 196). Mindez a licencezés kritériumrendszerének létrehozásával járt, mely növelte a KAM modalitások legitimizációját és hozzáférését és ezáltal a lakossági igényt (175). Minekután az amerikai lakosság 2012-ben körülbelül 30 milliárd dollárt költött „komplementer” egészségügyi termékekre és szolgáltatásokra, melyből csak a „természetes termékek” közel 13 milliárdot tettek ki (197) (1998-ban ezutóbbi 3.8 milliárd volt (30)), elmondható, hogy jelentős piaci szegmensről van szó. Nem meglepő, hogy a nagyobb gyógyszeripari cégek érdekeltek lettek ebben a szegmensben és saját termékcsaláddal álltak elő, mint például a Bayer (pl.: a gyógynövénykivonatból álló, emésztési panaszokat enyhítő Iberogast). Mindemellett, vitaminok és különböző KAM szerek megvásárolhatók gyógyszertárakban, supermarketekben, mint OTC (nem vényköteles) termékek, melyek kielégítik a fogyasztói igényeket és egyben bővítik is azokat, ugyanakkor a termékek között való laikus tájékozódást jelentősen megnehezítik.

Kiemelendő viszonyrendszer még a marketing és az egészségügy kapcsolata. Amerikában vényköteles gyógyszereket is lehet reklámozni a tömegmédiában, így a gyógyszergyártók már nem pusztán az orvost szólítják meg, hanem a fogyasztót is (30). A kialakult helyzet és a létrejövő „e-páciens” (equipped, enabled, empowered, engaged) (198) nem pusztán szociokulturális trendek eredménye, hanem kényszerhelyzetből fakadó betegmagatartás: az információ eljut a beteghez a tömegmédián keresztül (nem feltétlenül kell neki utánanézni), és ez a folyamat akár a növekvő autonómia látszatát is előidézheti. Így amikor az „empowerment”, „ágencia”, „kontroll” vagy „autonómia” és a KAM kapcsolatát mérik a kutatók, érdemes felülvizsgálniuk, hogy az információs-környezet hatásával vagy a tájékozott fogyasztó („smart consumer”) (72) jelenségével állnak-e szemben. A jelenleg is hatályban lévő „Dietary Supplement Health and Education Act” (1994) törvénye szerint a gyártók nem állíthatják, hogy termékük megelőz vagy gyógyít egy bizonyos betegséget, de olyan kijelentéseket tehetnek, hogy a termék használata „egészséges koleszterolhoz vezet”. A törvény által kínált piaci lehetőségeket kihasználva, más jellegű cégek is elkezdtek táplálékkiegészítőkkel dúsított termékeket gyártani, például a gyakran kritizált koleszterol-csökkentő margarin. Az étrendkiegészítők és „természetes termékek” virágzó piacával kapcsolatban – főként arra utalva, hogy a kisebb, családiasnak tűnő gyógynövényboltok mögött nagy, nemzetközi cégek is állhatnak – elterjedt a némileg ironikus „Big Herba” kifejezés.

A fentebb kifejtett egészségügyi piac és fogyasztói viselkedés Magyarországra is érvényes. Hazánkban mindemellett jelentős szerepe van az egészségturizmusnak, például a balneológiának (gyógyforrások, gyógyfürdők terápiás-turisztikai alkalmazása) és a wellness iparnak. A szintén jelentős klinikai turizmus (199) kiterjedhet bizonyos országokkal való közös társadalombiztosítási csomagokra is (cross-border healthcare).

Nemzetközi kapcsolatok szempontjából egy adott medicina is értékesíthető kulturális termékként, illetve piaci, szakmai és kulturális együttműködés eszközévé válhat. Ezt illusztrálja a Hagyományos Kínai Orvoslás Budapestre tervezett, gyógyítással, képzéssel és kutatással foglalkozó közép- és kelet-európai központja. Továbbmenően, hazánkban a közelmúltban meghozott törvénymódosítás, mely a kínai orvosok HKO praxisát engedélyezte Magyarországon, jól mutatja, hogy egy KAM modalitás politikai-diplomáciai célokkal is interakcióba kerülhet. Ha valamely medicina

„kulturális termékként” több nyilvánosságot kap, az presztízsét és hozzáférhetőségét is növelni fogja, és mindez visszahat a lakosság preferenciájára.

7.4.2 Big Pharma, Small Herba

Míg a gyógyszeriparral és a biomedicinával kapcsolatban jelen kutatásban gyakran felmerült a bizalmatlanság és az anyagi érdekek, addig a KAM-hoz az altruizmus és az anyagi megfontolásoktól mentes asszociációs képek társultak. Az érdekorientált orvoslás jelenségében a beteg gyógyítása nem, vagy csak nagyon távoli cél, ezen elképzelés szerint iparágak élnek abból, hogy „*beteg embereket betegen tartanak*”. Egyes szociológiai meglátásokban a gyógyítás piacosodott, a profit elérése fontosabb, mint a segítségnyújtás (200). Connor meglátásában a beteg a konvencionális ellátásban „nemtörődömséget” vél tapasztalni, és összekapcsolja a sietség és a kapzsiság morális ítéletével, ezt pedig szembehelyezi a KAM „gondoskodásával” (85). Thompson azt hangsúlyozza, hogy mindkét „oldal”, konvencionális és nem konvencionális, egymást vádolja azzal, hogy érdekvezérelt és „kuruzsló” (99). Létfonosságú kérdés, hogy miért alakultak ki ezek az attitűdök és miként lehetnek tükörképei egymásnak, amennyiben „két oldalként” tekintünk a plurális egészségügyi rendszerre. A terápiaválasztás folyamatában a „Big Pharma” attitűd éppen olyan meghatározó, mint a „Small Herba”, melyek a KAM-használó számára tökéletesen inverz fogalmak. A Small Herba, melyben az egyén a KAM-mot altruistának és anyagi érdektől függetlennek látja, erőteljesen befolyásolhatja terápiaválasztását. A társadalom perifériájára helyezett KAM (kevesen ismerik/használgják, nem hirdetik, szájhagyomány útján terjed stb.) igénybevétele gyakran éppen a többségi társadalmi normarendszerrel, a konvencióval szembeni ellenállás reprezentációjává válhat. Más szemszögből, a Small Herba ugyanolyan marketing stratégia, mint amikor egy élelmiszert egyszerű, egyszínű csomagolásba raknak a „természetesség” látszatát keltve vagy amikor a branding egy nagymama képével történik, hogy „házas ízt” hangsúlyozzák.

7.4.3 Társadalmi mozgalmak és kulturális diszpozíciók

Alább a nyugati társadalmi mozgalmak által formált kulturális diszpozíciók és tényezők kerülnek ismertetésre. Az olyan mozgalmak, mint a New Age, a Holisztikus Egészség és a pszichologizáció (30) nagyban befolyásolták a „természetesség” és a

„holizmus” preferenciáit, valamint a kontrollal és tekintéllyel kapcsolatos tendenciákat. A kulturális diszpozíciók azt is befolyásolják, hogy az egyén miként viszonyul a többségi társadalmi értékekhez, valamint a tudományhoz és ezen belül a biomedicinához. Ezek a kérdések pedig részei a tágabb értelemben vett episztemológiai és ontológiai meggyőződéseknek.

Gyógyszerellenesség

Jelen kutatás eredményei két markánsan eltérő csoportba helyezik a gyógyszerellenes diszpozíciót, melyek az attitűd indoklása mentén alakultak ki: 1) a gyógyszer „vegyszer” és 2) a gyógyszer „tüneti kezelés”. A gyógyszer „vegyszerként” való konceptualizálása egyfelől a „természetes-természetellenes” diszpozícióhoz kapcsolódik, mely a gyógyszert/vegyszert, mint szennyező ágens tünteti fel. Másfelől, a gyógyszer/vegyszer koncepció kapcsolódhat az addikciótól való félelemhez is, tehát a beteg úgy véli, ha elkezd egy gyógyszert szedni, akkor nem fogja tudni abbahagyni vagy annak mellékhatásaira újabb gyógyszert kell majd szednie. A gyógyszer, mint vegyszer koncepciója változó mértékben kapcsolódott az iatrogén hatásoktól való félelemhez, melyet mások is dokumentáltak (80). Végül a gyógyszerellenesség érinthet más területeket is, mint az invazívnak tartott diagnosztikus vagy terápiás eljárásokat (pl.: biopszia).

A gyógyszer visszautasítása azzal az indokkal, hogy „tüneti kezelés” leginkább a pszichoszociális etiológia és a vitalizmus MM-jével áll kapcsolatban. Nem minden esetben, de a beteg terápiaválasztása polarizálódhat, azaz kialakulhat az a véleménye, hogy vagy gyógyszert szed vagy „tudatosan” foglalkozik a problémájával, ezzel törekedve a szomatikus „tünet” mögött rejlő „tényleges” pszichológiai vagy szociális ok feltárására és megoldására. A polarizált terápiaválasztás attitűdjével rendelkező beteg számára sokszor a betegség „lelki okainak” feltárását lehet KAM kezelések alkalmazásával szimultán végezni, de a konvencionális medicina gyógymódjával egyidejűleg nem. Ez azért állhat fenn, mert a KAM modalitást „holisztikusnak” tekinti a beteg és nem kerül paradox helyzetbe a KAM és a „lelki ok” kezelése.

Holizmus

A szakirodalom, valamint jelen kutatás empiriája szerint is a terápiaválasztásban jelentős diszpozíció a holizmus. Ezen ernyőfogalomnak számtalan meghatározása létezik, melyek a „rész” és „egész” jelenségeivel állnak kapcsolatban, mint például „Az egész meghatározza a részeket” vagy „Az egész több, mint a részek összessége”, de teljesen eltérő jelentéssel is bírhatnak. A gyógyítással összefüggésben jelentős horderejű laikus és orvosi kezdeményezés volt az 1980-as „Holisztikus Egészség mozgalom”, melynek non-specifikus céljai között megtaláljuk a well-being koncepció bevezetését, egészségfejlesztést, személyes felelősség az egészségben koncepcióját, valamint az egészség szociális és ökológiai tényezőkre fektetett hangsúlyt (201). Tehát az egészség, a jóllét koncepciója, és a holizmus fogalmai összefonódva jelentek meg (202, 203) és különböző KAM modalitások ebben teret kaptak. Kleinman szerint a „holisztikus orvoslás” a múltban a mechanisztikus, redukcionista és személytelen jelzőkkel azonosított nyugati orvoslás ellentétéként alkalmazott kulcsszó volt, és mára a „holisztikus gyógyítók” leginkább a pszichoterápia-szerű kezelések leírására használják (51).

Újfént hangsúlyozandó, hogy a holizmus számos módon definiálható és amikor tanulmányok eredményei szerint a KAM-használat korrelál a holizmus preferálásával (65, 81, 101), fontos szem előtt tartani, hogy milyen holizmus-definícióra támaszkodik az adott kutatás. Vanderpool felosztásában a holizmus jelentheti 1) a biomedicinában alkalmazott biopszichoszociális modellt, 2) a „teljes-ember” (whole person) orvosi ellátását (a beteg autonóm, kompetens személyként való kezelése, képzetrendszerének elfogadása), 3) wellness (fizikai, pszichológiai, szociális, környezeti és spirituális jóllét) és 4) „ezoterikus” gyógyítás (energiák, inga, távgyógyítás stb.) (204). Jelen kutatás etnográfiai anyagában hasonló holizmus-definíciók jelentek meg, illetve, az első kategória kivételével, hasonló négy kategóriába lehet azokat sorolni: 1) ideológiai konzisztencia, 2) univerzális orvosi ellátás, 3) emberi alkotóelemek összjátéka, 4) pszichoszociális etiológia. Alább ezek kerülnek analitikus kontextusba.

Az első holizmus-meghatározás, mely az etnográfiai anyagban szerepel, a betegek azon preferenciája, hogy egységes ideológiai rendszerben lássák életük különböző aspektusait. A Keletről jövő orvosi rendszerek közös jellemzője, hogy kultúrába ágyazottak, vagyis az egészséggel kapcsolatos kérdések egy nagyobb filozófiai és szociokulturális rendszerben foglalnak helyet. A testi folyamatokat nem

választják el az érzelmi, gondolati tartománytól, sőt az embert fizikai környezetének és szociális hálójának részeként tekintik, mely területeket egyetlen uralkodó vallási-filozófiai érték- és szimbólumrendszer sző át, következésképp minden tartomány egylényegű, összefügg egymással. Ilyen például a HKO „elemtana” (5 elem, 5 fázis, yin-yang elmélet; vö.: (45)) vagy a, nyugati orvostudomány megalapítójaként számon tartott, Hippokratész nevéhez fűződő humorálpatólógia. Ha a Földön létező kultúrák összeségét nézzük (111), ritkaságnak számít a nyugati orvoslás ama (már sok szempontból meghaladott) törekvése, hogy a biológiai tartományt leválassza az élet egyéb területeiről, melynek a technológia fejlődésének köszönhető lehetősége egyébként is „újdonságnak” számít. Sokkal gyakoribb, hogy a kultúrák a fizikai betegséget ugyanabba az értelmezési keretbe helyezik, mint a balsorsot, a balesetet és a szociális problémákat (111, 120). Az egyén következetesség-érzetét erősítheti, ha egyetlen értelmezési keretet alkalmaz az élete minél több területén, melyet a kognitív konzisztencia elmélet is tanúsít (180). Bár a HKO-specifikus ideológiai rendszerrel ritkán azonosult teljesen a beteg, egyes aspektusait, témáit, metaforáit a betegek többsége elfogadta és felhasználta MM-jében, különösen az „energia” metaforája volt egy ilyen egységesítő képzet.

A nyugati medicinára leginkább reflektáló, azzal dialektikában kialakuló holizmus-definíció az orvosi ellátás jellegével kapcsolatos. Számos beteg azt hangsúlyozta, hogy a KAM közegében az ellátás „holisztikus”, vagyis az összes tünetét egy orvos felügyeli, értelmezi, és nem kell más és más specialista-hoz menni. A beteg leírásában megnyugtató, ha minden tünetet egyetlen orvos tud értelmezni, mert „mindent átlát”, „egyben nézi az egész embert”, hiszen a tünetek összefüggenek. A biomedikális ellátó rendszer specializálódott, mely logisztikailag és értelmezési szempontból megbonyolítja különösen az olyan esetek kezelését, amikor a beteg számtalan diagnosztikus eljáráson van túl, de még nem kapott a nyugati medicinától diagnózist. Ez a holizmus-definíció arra is reflektál, hogy a biomedicina redukcionista MM-je gyakran nem hordoz jelentést a beteg számára – a test molekulákra bontása, a biokémiai és genetikai etiológiák nem feltétlenül kielégítő betegségmagyarázatok a laikus számára. Ez a holizmus-interpretáció a redukcionizmus és a specializáció által létrehozott fragmentációval szembeni ellenállás szimbólumává válhat, vagy olyan eszközzé, mellyel a beteg rendszerszintű hiányossággal szembeni elégedetlenségét ki

tudja fejezni (1). Ugyanilyen szimbólummá válhat a „teljes ember” kezelése iránti igény, mely az ellátórendszerben tapasztalt „személytelenség” vagy „betegségközpontú” szemlélet ellenreakciója.

Az etnográfiai anyag következő holizmus-definíciója, az emberi alkotóelemek, leggyakrabban a „test és lélek egységét” írja le. A vizsgálat alanyai között nincsen egyértelmű konszenzus az ember alkotóelemeivel és azzal kapcsolatban, hogy a testen kívül mi mással rendelkezik: lélek, szellem, psziché, szív, energiatest stb. Ugyanakkor a holizmus mindezek egységét, összjátékát jelölheti, anélkül hogy az azt alkotó részeket külön meg kéne nevezni vagy meghatározni. Herzlich is hasonló definíciós non-specifitást talált kutatásában (105), ezért juthatunk arra a következtetésre, hogy a holizmus, legalább is egyes esetekben, metaforaként funkcionál. Jelen kutatásban az emberi alkotóelemek egysége még jelentette az ember társas kapcsolatait és fizikai környezetét (mint az emberre szervesen ható, attól nem elválasztható erőket), valamint az életvitel gyakori összetevőit, étkezést, testmozgást és rekreációt. Az esetek döntő többségében a multifaktoriális „holisztikus látásmód” leginkább a test-lélek dichotómiára korlátozódott és az erőviszonyok, valamint a kauzalitás a „lélek” irányába tolódott el. Ez az utolsó holizmus-definíció csoportot képviseli, de mivel nem minden esetben volt aszimmetrikus a viszony, külön analitikus kategóriát kapott. Mindegyik fenti esetben – akármilyen alkotóelemek vagy az élethez kapcsolódó aspektusok jelentek meg a beteg MM-jében – a holizmus gyakori terápiaválasztási indokként szolgált. A KAM modalitások, így a HKO is, kiterjedt az affektív és interperszonális tartományokra is, így azok a betegek, akik ily módon definiálták a holizmust, preferálták a KAM értelmezési keretét.

Az etnográfiai anyagban az utolsó holizmus-definíció a pszichoszociális etiológia, azaz a beteg a holizmust azzal azonosítja, hogy „*minden betegség lelki eredetű*”. A fizikai betegség kapcsán a pszichológiai tényezők és okok hangsúlyozása, azaz a pszichologizáció (113), gyakori holizmus-koncepció, melyet más tanulmányok a „személyes fejlődés” és „önismeret” igényével is összefüggésbe hoztak (10). A szomatikus betegség pszichoszociális értelmezésére való preferenciát különböző kultúrákban jól dokumentálták (111, 120, 166, 205), mely összefügghet az ideológiai konzisztencia iránti vágygal is. Továbbmenően, a pszichoszociális etiológia következhet a Holisztikus Egészség és a New Age mozgalmak fogalomkészletének hatásából (lásd:

alább). Jelen kutatásban a pszichoszociális etiológia preferálása leginkább krónikus, autoimmun vagy diagnosztizálatlan betegek, valamint terminális állapotban lévő betegek körében volt gyakori. Az, hogy a betegség jellege miként függ össze a laikus etiológiával jelentős kérdés és további vizsgálatokat kíván.

A szakirodalom a holisztikus gondolkodást egyértelműen a KAM-használó pszichológiai jellemzőjeként azonosítja (107). Ugyanakkor a szerzők a holizmust különbözőféleképpen definiálják, például „az egész ember kezelése” (82); „életmód, táplálkozás, alvás, elme, emóció, stressz, természetes védekezés” (80) vagy „fizikai, mentális és spirituális jóllét” (27). Részben ebből kifolyólag a holizmust különbözőképpen mérik, az alkalmazott tételek és skálák eltérnek, így például O’Callaghan (84), valamint Siahpush (80) a következő tételek magas értékét „holisztikus gondolkodásnak” tekintette: „Szerintem a testem rendelkezik öngyógyító képességgel” (I think my body has a natural ability to heal itself.), “Az emberek eredendően egészségesek” (Humans are by nature healthy.) és „Az egészség több a jó kondícióban lévő testnél” (Health is more than just keeping your body fit.). Ez remekül illusztrálja, hogy a diszciplínán belüli szakterminusok sem feltétlenül ugyanazt takarják – hát még interdiszciplináris vonatkozásban – és a kvantitatív vizsgálatok eredményei, bár ugyanazzal a terminussal élhetnek, mást mérhetnek (206).

Aszimmetrikus holizmus és pszichologizáció

A „minden betegség lelki eredetű” vélekedés a holizmus egy definíciója, az etnográfiai anyagban sok beteg ezzel azonosította a holisztikus gondolkodást. A többi meghatározáshoz viszonyítva egy aszimmetrikus kapcsolatot fedezhetünk fel, nem csupán az egyéb lehetséges emberi dimenzió (fizikai környezet, táplálkozás, testmozgás stb.) háttérbe szorítása miatt, hanem a két emberi alkotóelem közötti egyirányú kauzális kapcsolat miatt. Ebben a felfogásban a test egyfajta tükörként szolgál a „lélek” számára, a tudat/lélek azért hoz létre egy testi betegséget, mert fel akarja hívni a figyelmet egy mélyebb pszichológiai és/vagy szociális problémára. Tehát a léleknek hatalma van a test felett, a test egy passzívabb szerepben lévő entitás és mutatja, hogy a lélek milyen állapotban van. A betegség egy lelki probléma jelenlétét, míg a gyógyulás a probléma megoldását jelzi.

A holizmus aszimmetrikus definíciója erősen kapcsolódik az 1960-70-es évekre visszavezethető nyugaton intenzív jelenléttel bíró Holisztikus Egészség (Holistic Health) és a New Age mozgalmakhoz, melyekben tendencia volt az etiológia életmódbeli és környezeti tényezőinek alulhangsúlyozása. A Holisztikus Egészség mozgalom erőteljesen támaszkodik a keleti hagyományos gyógymódokra (ayurvéda, HKO, tibeti gyógyászat) és szinkretikusan kezeli a különböző egyéb ideológiákkal és gyakorlatokkal: parapszichológia, gyógynövények, masszázs, jóga, meditáció stb. Ez a mozgalom nem sokban tér el a New Age-től, mindkettő az 1960-as évek amerikai ellenkultúrájának terméke, melyet az akkori többségi társadalmi normákkal szembeni kiábrándultság, valamint a „természethez való visszatalálás” jellemzett (173, 175, 207). Gyakran magába foglalja a keleti miszticizmust, wellness-koncepciókat, feminizmust, környezetvédelmet, vegetáriánus étrendet – e normák egy része a „kulturális kreatív” értékrendszerben is jelen van (lásd: 7.5.5 pont).

A New Age mozgalom egyfajta ernyőszó heterogénnek tűnő társadalmi és spirituális mozgalmak leírására, melyek közös jellemzőkkel bírnak. A New Age jelenségek lingua francája a Szelf szakralizálása: az Én isteni vagy közvetlen kapcsolatban áll az istenivel, sőt gyakran egyenlő az istenséggel (207, 208). Ez a premissza sok egyebet meghatároz, például az „önmegvalósításra” való igényt (Human Potential Movement) (175), a társadalmi intézmények „elnyomása” alóli felszabadulás vágyát, a hatalmi erőkhöz és tekintélyhez való viszonyulást (az egyén önmaga felett hatalom), valamint az „episztemológiai individualizmust” (173, 207). Ezutóbbi az a meggyőződés, hogy az igazság nem a vallás, iskola vagy a tudomány berkeiben keresendő (mert ezek tévedhetnek és korruptak lehetnek), hanem személyes tapasztalatból fakad; tehát az az igazság, mely nem a Szelfből ered, nem megbízható (207). A gyógyítás retorikája átítatja a New Age világképét, ugyanis az egyén, a társadalom, a világ „gyógyításra szorul” (173) és a szakralizált Szelf kapcsolatban áll az isteni renddel, mely eredendően gyógyító hatású erőként konceptualizálódik. Így a gyógyulás „belülről jön”, illetve a „spirituális” tartománnyal való közvetlen kapcsolat eredménye. Ez az ontológia az „öngyógyító” terápiákat részesíti előnyben és alapvetően máshogy konceptualizálja a gyógyítót, mint a konvencionális medicina. Ebben a világképben a gyógyító facilitátor, vezető, aki az egyént csupán hozzásegíti ahhoz, hogy önmagát gyógyítsa (207).

A New Age mozgalom és az ahhoz köthető ontológia számtalan technikát befolyásolt, mint például a Transzperszonális pszichológia egyik alapítója, Stanislaw Grof által kifejlesztett Holotróp légzést vagy az endokrinológus Deepak Chopra által praktizált Kvantum Gyógyítást. A New Age intézményesült oktatással kapcsolatos attitűdjei befolyásolták az olyan alternatív iskolarendszerek kialakítását, mint a Montessori és a Waldorf iskolák (207). A New Age újkeletűbb változata az ún. „prosperity practices”, mely az anyagi jólétet, sőt a kapitalizmust szakralizálja. A New Age maga egy jól eladható jelenséggé vált, számtalan hozzá köthető termékkel (könyvek, ételek, étrendkiegészítők, kristályok, ruházat stb.) és szolgáltatásokkal (tanfolyamok, előadások, elvonulások stb.) (208). Sokan explicit módon a „materialista spiritualizmust” advokálják, míg mások különböző intenzitással elkötelezett fogyasztóivá váltak (152). Mikaelsson úgy fogalmaz, hogy a materializmus és a profitorientáltság spiritualizálódik, miközben a spiritualitás, alkalmazása közben, kommodifikálódik (152).

Lázár szerint a holisztikus egészségkép és spirituális társadalmi mozgalmak egy nyugati kulturális paradigmaváltáshoz is kapcsolhatók, melyben a materialista, racionalista és individualista világbéptől a „kozmológiai teljesség és összekapcsolódás” felé fordulunk (55). Ezzel ellentétben más szakértők ugyanakkor azt hangsúlyozzák, hogy a New Age és egyéb alternatív mozgalmak szociokulturális közege a fogyasztói társadalom terméke és résztvevője, valamint reprodukálja a főáramú kultúra trendjeit és jelenségeit, és éppen hogy az individualizmusból táplálkozik és azt táplálja (152). Az indiai eredetű ayurvéda kutatója, Reddy szerint a New Age voltaképpen egy „ideológiai prizma”, amin keresztül bármely KAM modalitás nézhető. Reddy hozzáteszi, hogy a New Age mozgalmat úgy is fel lehet fogni, hogy segítette a hagyományos gyógymódok, tradíciók „nyugatosiasodását”, nyugati közönségekre való szabását, globális fogyasztóknak való eladását (209). Tehát bármely KAM modalitás, a keleti népi gyógymódokat beleértve, lehet New Age-es vagy attól mentes (illetve spektrumnak tekinthető).

Egyes kutatók szerint a New Age és a pszichologizáció sikere abban rejlik, hogy hatékony válaszreakció a jelenlegi kort átható bizonytalanságra (207, 210). A teória szerint, mivel az igazság és a valóság oly nehezen ragadható meg – hiszen a korábbi tájékozódási pontok elvesztették hegemoniájukat –, a legstabilabb realitást a szubjektív

valóság jelenti, következésképpen a szubjektum maga és belső világa, azaz pszichológiája, felértékelődött (207). Mikaelsson állítja, hogy az egyre terjedő „terápiakultúra” a pszichológiában gyökerezik, míg Illouz szerint egy kulturális keretrendszer teremtett, melyben az egyén önmagát és másokat értékeli, sőt melyben identitását konstruálja. Albanese véleményében gyógyítók olyan terápiákat alkalmaznak, melyek egyszerre pszichologizálnak és spiritualizálnak, miközben a „szeretetet” kikiáltják az összes betegségre való gyógyírként. Mindezt a pszichológia, mint jelenleg Nyugaton dívó „kulturális megatrend”, hatásának tulajdonítja és ezt a KAM elterjedésének magyarázatként is tekinti (152).

Mindezek fényében a betegséghélmény, valamint az egészségkép is erősen pszichologizálódik és ezzel magyarázható a „minden betegség lelki eredetű” attitűd. Ezen miliójében a legfőbb (vagy egyedüli) autoritás a szakralizált Szelf, mivel a bizonytalan tartott világban az egyén csupán önmagában, személyes tapasztalatában tud bízni (80), és igyekszik kontrollérzetét maximalizálni betegség idején is.

Vitalizmus és „energia”

A KAM világában elterjedt jelenség a vitalizmus (30, 81), melynek alappremisszái a szakralizált Szelf, valamint az „univerzális energia” összekapcsolása. Ezek a premisszák összefüggenek az „önismerettel”, a „fejlődéssel” és meghatározzák az egészségképet és a betegmagatartást. Alább a vitalizmus egyes elemei, és számos verziója közül egy kerül kifejtésre. Hangsúlyozandó, hogy az alábbiak, éppúgy, ahogy az előzőek sem jellemzik az összes KAM-használó gondolkodásmódját!

Sok KAM-használó véli úgy, hogy „semmi sem véletlen”: az emberi lét aspektusai (szociális kapcsolatok, életesemények és körülmények stb.) egy nagyobb rendszer részei, és minden egy meghatározott célt szolgál (teleológia). Sokan célként a „fejlődést” neveznék meg: *„minden, ami történik velünk, a fejlődésünket szolgálja”*. Az átfogó rendszer, amely az emberi tapasztalást lehetővé teszi, valamint a cél, ami érdekében az ember „tanul” vagy „fejlődik”, sokak számára egyet jelent a karma és az „univerzális energia” jelenségeivel. Hazánkban is számtalan verzió él az energia és a karma leírására, legtöbbször az utóbbi erőteljesen összefonódik egyfajta érzelmi/erkölcsi igazságszolgáltatással a jó és rossz tengelyen – ha jó vagyok, jó dolgok történnek velem, ha rossz vagyok, szenvedek. A karma rendszerét az „univerzális

energia” teszi lehetővé, mely minden létezőt átjár (vagy létrehoz) és általában a „szeretettel” vagy pozitív erkölcsi tartalmakkal töltött „fényel” azonosítják. Ez a hosszú kulturális múlttal rendelkező panteizmus (az istenség és a világ egy, az univerzum maga az istenség) (211) egy formájaként azonosítható.

Az energia az emberi testet is átjárja, és amennyiben valahol „elakad” vagy rendellenesen áramlik („blokk”), fizikai betegséghez vezethet. Az energiában blokkot képezhet például egy negatív emóció (félelem, harag stb.) vagy negatív tartalmú emlék. A blokkokat fel lehet „oldani” az azzal való szembenézéssel, „realizációkkal”, „elengedéssel”, illetve az erre irányuló terápiás kezelésekkal. Az energia optimális áramlása maga az egészség, nem pusztán fizikai értelemben, hiszen e felfogásban mind a betegség, mind az egészség szomatikus, pszichológiai és szociális dimenziókkal bír.

Az „univerzális energia” hozza létre azt a nagyobb rendszert, amelynek része az ember és minden, ami vele történik. A tanulás folyamata feltételez egy elérendő célt, mely attól függ, hogy az individuum mit határoz meg a fejlődés végpontjaként. Sok cél létezik ezen a gondolkodásmódon belül is: „a boldogság”, „a szeretet”, „az elengedés” stb. Az individuum pedig mindig e célhoz viszonyítva ítéli meg önmagát. Ily módon, ha az egyén a fejlődés végpontját akképp fogalmazza meg, ahogyan ezt sokan teszik, azaz „megtanulni szeretni önmagam”, ez lesz az irányelv vagy énídeál, amely szerint a mindenkori önmagát értékeli.

E szemléletben ez a rendszer irányítja az interperszonális kapcsolatokat („nem véletlen, hogy ezek az emberek és ezek a problémák az életben vannak”) és a testet is („nem véletlen, hogy a testemben ezek a problémák vannak”). Így tehát, kölcsönös viszony alakul ki a testi betegség és a személyiségvonások között. Ezen viszony adja azt a keretrendszert melyben a panaszok értelmezést nyernek azáltal, hogy az individuum összeveti azokat a fejlődés céljával, vagyis az énídeállal. Az önértékelés pedig előbb-utóbb a jó–rossz tengelyen köt ki: ami nem felel meg az énídeálnak, azon „dolgozni kell”, mert „még nem tanultam meg”, hogyan kell „jól viszonyulni” valamihez vagy valakihez. Az a személyiségvonás pedig, amin még „dolgozni kell”, interperszonális probléma vagy szomatikus betegség formájában jelenik meg. Számos szubkultúra az egészséget egy ideális Énnel azonosítja, a gyógyulást pedig az ideális Én felé vezető úttal (172, 212). Frank és később Thompson azt találták, hogy a betegek gyakran olyan narratívákat konstruálnak, melyek teret engednek az Én átformálásának és ezáltal a

jelentésadás folyamatán keresztül számukra értelmes céllal ruházzák fel a testi trauma tapasztalatát (99, 109).

Gyakori, hogy a vitalista világnézet elaborált test-, szerv és betegségsszimbolikával rendelkezik, azaz a betegség jelentése egy bizonyos szimbólumkészleten alapulva konstruálódik, például: a vese a párcapcsolatot szimbolizálja, a tumor és kövek a megszilárdult viselkedési/vélekedési mintázatot jelenítik meg, ezért a vesekő megkövesedett párcapcsolati problémát jelez. E szimbólumrendszerek kialakulását befolyásolják szociokulturális és szubkulturális elképzelések, mint: a betegség specifikumai (jellege, kezdetének időpontja, tünetei stb.), az egyén viszonyulása a domináns medikális rendszer által kínált MM-hez, a beteg meglévő kulturális és egyéni diszpozíciói, az érintett terület kulturális testhasználat (213), a kapcsolódó fiziológiai és anatómiai elképzelések, medicina-specifikus elképzelések (affektív elemek, test- és szervszimbólumok stb.), valamint anyanyelve (vagy akár a tanult nyelvek) idiómái (214).

Továbbmenően, a vitalizmus úgy tartja, hogy a különböző inkarnációkban nagyrészt ugyanazokkal a „lelkekkel” találkozunk: megváltjuk kikhez „születünk le”, és a befejezetlen interakciók, a „karmikus tartozások” lerovása érdekében újra és újra kapcsolatba kerülünk azokkal, akikkel a „tanulásunk” és az „elengedés” érdekében szükséges. A „karmikus” kifejezést használják betegség és interperszonális kapcsolat jellegének leírására egyaránt. Egy betegség karmikus, amennyiben azzal születik az ember, esetleg sorsszerű, nagy kihívást jelentő betegség vagy baleset éri, amivel – talán egy életen át – meg kell küzdenie. Az, hogy az egyén MM-je szerint ő ezt tudatosan „felvállalta” születése előtt, teljesen átformálhatja a betegségélményt és betegmagatartást. Az egyén eszerint a jelentéstartalom szerint nem passzív elszenvedője betegségének vagy balesetének, hanem egyfajta felelőséget vállal azzal, hogy „választásként”, „hozott dologként” keretezi – ennek előnye és hátránya is van. Az interperszonális kapcsolatok révén a „karmikus” jelző olyan (legtöbbször pár-) kapcsolatot szeretne leírni, melyről tudja, hogy destruktív, de úgy érzi, nem képes véget vetni annak vagy megváltoztatni. Tehát a „karmikus kapcsolat” kényszeres vagy addiktív természetű interperszonális viszonyulást és szubjektív élményt takarhat a betegnarratívában.

A vitalizmus egy eleme, mely attól független elemként is megjelenhet, a pánpszichizmus, az a metafizikai felfogás, hogy minden létezőben valamiféle tudat

lakozik. A vitalisták nagy része vallja, hogy e (főleg emberi) tudatok összeköttetésben állnak vagy egyetlen tudati egységet képeznek. A betegmagatartás tekintetében jelentős a premisszára épülő következtetés: a társas kapcsolatokat, a szociális környezetet az egyén belső konfliktusai externalizálásaként konceptualizálják. A külvilág voltaképpen a belső világ leképeződése: ha konfliktusom van mással vagy másoknak konfliktusa van a környezetemben, akkor ez kivetülése saját konfliktusaimnak. A külvilágot a belvilág tükröként képzelik el, ezért egy belső konfliktus megoldása hatással lehet a társas kapcsolatokra is.

Releváns kérdés az, hogy miért van foganatja ezeknek a koncepcióknak és hogyan lehet ennyire egységes Nyugaton. Miként lehetséges az, hogy a fenti vitalista elképzelések szembetűnően hasonlóak például Amerikában (99), Ausztráliában (176), Dániában (215), Angliában (207), Szlovéniában (55) és Magyarországon (214). Magyarázként szolgálhat Frisk, aki szerint a világ immár egyetlen társas hálóként konceptualizálható, melynek régiói között jelentéstartalmak, emberek és termékek áramlanak. Ez az áramlás pedig létrehoz “transznacionális kultúrákat” (215), melyeket Melton “hálószerű struktúráknak” (216) és Gupta „elképzelt közösségeknek” (217) nevez. Ezek összeköttetéseit megtaláljuk a repülőtéri terminálokban, televíziós stúdiókban és multinacionális vállalatokban, és az internet segítségével még inkább elterjednek – a globális közösségek a kulturális diffúzió elsődleges színterévé válnak (216). Tehát egyfelől a globalizáció nemzetközi információáramlást tesz lehetővé e transznacionális kultúrák számára, így sokan osztozhatnak egy jelentéshalmazban. Másfelől, maga a technikai és szociokulturális miliő generálja vagy propagálja a különböző vitalista az analógiákat, például a világháló, mint tudathálózat összefüggésében.

Számos szakember úgy véli, hogy az energia, a karma, az újjászületés koncepciói keleti ideológiákból származnak (207), míg mások amellet érvelnek, hogy Keleten más jelentéstartalommal bír az energia, legalább is a kínai gyógyászatban (45). Van, aki szerint az energia-koncepció kulturális “fordításon” ment át, a lokális társadalmi viszonyokban átalakult és szerves részévé vált különböző nyugati ideológiáknak. Van, aki a Reich-féle orgon energiával azonosítja, van, aki a tudományos interpretációit hangsúlyozza, melyek a klasszikus fizika és főként a kvantumfizika világából, szókészletéből és jelentéstartamaiból származnak. De olyan

megállapítás is van, mely szerint a science-fiction világából származó filmek, mint a Csillagok Háborúja befolyásolták leginkább az energia-koncepciókat Nyugaton.

Tény, hogy jelen kutatás eredményei szerint és egyéb, külföldi kutatásokban is, az energia mediálja szinte az összes KAM modalitást (207), és mind betegek, mind gyógyítók hajlanak arra, hogy szinkretikusan gondolkodjanak róla: a kínai qi, az indiai prána, a japán kí stb. mind “ugyanaz az energia”. Az energia a KAM modus operandija, az energiarendszeri problémák a betegség etiológiája, az energia áramlása az egészségkép szerves része. Az energia a szinkretista spiritualizmus alapkonceptiója: a Fény, a Szeretet, Isten ugyanaz, mint az einsteini $E=mc^2$ energia, vagyis “minden különböző frekvencián rezgő energia”. Az energia eklatáns példája egy sokféleképpen megjelenő és értelmezhető poliszém kifejezésnek, melynek különböző csoportokban egymást befolyásoló, eltérő jelentései vannak.

Az energia koncepciója nem hordoz kognitív korlátozásokat, tetszőlegesen lehet alkalmazni szinte bármire, ám megragadása során elhomályosulhat. Az energia-metafora könnyű, folyékony, mindent átfogó jellege tompítja a kulturális különbségek néhol éles széleit, így az egzotikus ideológia vagy gyógy mód értelmezhetővé és fogyaszthatóvá válhat a nyugati ember számára. Ugyanis, ahogy Mikaelsson írja, a kulturális különbségek érdeklődést váltanak ki, de csak akkor, ha a könnyű fogyasztást lehetővé téve már kommodifikált, megtisztított és semlegesített formában találják (152). E folyamatot jól mutatja, hogy jelen kutatásban kevés beteg kommunikált betegségéről a HKO terminusaival (yin-yang, 5 elem stb.). Amíg az energia metaforikus jellegű, addig személyre és szituációra szabható, megbízható és kellőképpen ismerős magyarázat mindenki számára.

7.5 Globális szint

7.5.1 Az antropocén, a hanyatlás és az „aranykor”

Az antropocén, „az ember kora”, a legújabb földtörténeti kort jelenti, melynek kezdetét legtöbbször az ipari forradalommal kötik össze és 1750 körülre teszik (míg mások 1950-től számítják). Az antropocént többek között a klímaváltozás, a drasztikus népességnövekedés, a természetes erőforrások kiaknázása, a nagymértékű energiatermelés és -felhasználás, a nemzetközi utazás, a migráció, a telekommunikáció növekedése, valamint a környezetszennyezés fémjelzi (218–220). A kifejezés akkor vált ismertté, amikor a Nemzetközi Tudományos Tanács (ICSU) 2004-es könyvében

szereplő „the great acceleration” diagrammok napvilágra kerültek (221), amelyben az adatok szimultán zajló, hosszútávú szocioökonómiai és biofizikai változásokra mutattak rá. Jelen kutatásban leginkább az ember biológiai környezettel való kapcsolata került hangsúlyozásra, melynek alapkonceptiója a „természetes”. Az antropocén egyik jellemzője, hogy az ember és természet kapcsolata változik: egyre kevésbé tudunk az ember hatásától függetlenül létező természetről beszélni, az ember nyomai mindenhol ott vannak (219). A „természet” és a „természetes” fogalma felértékelődött, e folyamat globális szociokulturális trendnek minősíthető, melyet a fogyasztói szcéna és a marketing világa is propagál, termékek és szolgáltatások széles skálája épül ezekre a kulcsszavakra.

A „mai kort” a kutatásban sokan negatívnak minősítették, hangsúlyozván a többségi társadalmi értékek romlását, környezetünk és erőforrásaink felélését, mely attitűdök gyakran tandemben szerepeltek az ún. hanyatlásizmussal, vagyis azzal a meggyőződéssel, hogy a világ egyre rosszabb és visszafordíthatatlan hanyatlással jellemezhető. Ebből pedig egyenesen következik, hogy a múltban minden jobb volt. A múlt romantizálása, visszavágyódás az egyén saját gyerekkorába vagy az emberiség „gyerekkorába”, gyakori diszpozíció volt az etnográfiai adatokban. Az individuum saját gyermekora a tisztább környezetet és az egészségesebb ételeket jelentette, míg az emberiség aranykora kapcsán egy mitikus közösség, egy a gyógyításra is kiterjedt közös „tudás” jelent meg. Ennek a „közös tudásnak maradványai” a mai hagyományos és népi gyógy módok és „természetes” terápiák. A betegek sokszor éppen e diszpozíciók (természetesség, hanyatlásizmus, aranykorban való hit) miatt választották a KAM-mot, ezen belül a HKO-t.

Az aranykorba való visszavágyódást egyfajta nosztalgiaként lehet leírni: egy keserédes érzélem, egy fájdalmas hazavágyódás egy helyre vagy időszakra, mely együtt jár annak elfogult felidézésével: „a múltban minden jobb volt” (222). Az aranykorba való visszavágyódás az antropológia és a pszichológia által jól dokumentált emberi tendencia: a világ/univerzum kezdete (kozmozogénézis, kozmogónia), az istenségek és/vagy hősök (szakrális archetípusok) idejébe (110) vagy az anyaméhbe való visszavágyódás kapcsán, illetve mint fogyasztói magatartás is megjelenik (222). Eliade szerint a legtöbb vallási rítus egy mitikus időbe juttatja vissza az egyént, ahol átélheti a világ teremtését (ezáltal „újrateremti” a világot) és mitikus hősei életútját (ezáltal

jobban azonosulhat szakrális archetípusaival) (110). Havlena szerint a modernkor embere kevésbé kötődik konkrét földrajzi helyekhez, „honvágya” inkább saját identitásának megőrzését szolgálja, és akkor jelenik meg, amikor életciklusában nagy átmeneteket él át, melyek megszakítják kontinuitásérzetét (222) A fentiekre alapozva, a hanyatlásizmus gyakori lehet, ha az egyén biofizikai és szociokulturális környezetét negatívnak ítéli. Akkor is erős tendencia ez a nosztalgia, ha az egyén személyes életútján diszkontinuitást él meg, a betegség pedig eklatáns példája lehet ennek. Ezek a diszpozíciók jelentős mértékben hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a terápiaválasztás során a beteg fogékonyabb legyen a „hagyományos”, „népi”, „rég”, „ős” kulcsszavakra, illetve olyan asszociációs képekre, melyek a nosztalgia érzetére hatnak.

7.5.2 Modernkori egészségféltség

Az antropocén negatív megítélése szorosan összefügg az ún. modernkori egészségféltséssel (Modern Health Worries, MHW), azzal a vélekedéssel, hogy a mindennapi élet modern és technológiai jellemzői az egészségre káros hatást gyakorolnak (223). Ennek négy alszája van: mérgező beavatkozások, környezetszennyezés, szennyezett ételek és sugárzás. Az MHW csoportjába tartoznak, a pozitív és negatív pszichológiai jellemzőkkel összefüggésben vizsgált jelenségek (224), mint például az élelmiszeradalékoknak tulajdonított káros hatás, az elektronikus eszközök által kibocsájtott károsnak vélt sugárzás („*elektroszmog*”) (225), különböző mérgeanyagok, munkahelyi stressz, víz- és levegőszennyezés (226). A MHW szoros korrelációt mutat a KAM-használattal (227). A „természetes gyógy mód”, vitaminok és gyógynövények azokra a veszélyekre ajánlanak gyógyírt, melyek, mivel a mai humánökológia jelenségei (85), a beteg kontrollján kívül esnek. A MHW-t nem csak KAM-mal való kapcsolatát vizsgálták, hanem többek között a személyiség, a tudományhoz fűződő viszony (227), az orvosi összeesküvés-elméletek (Medical Conspiracy Theories, MCT) (228) és a szomatoszenzoros amplifikáció (157, 229) kapcsán (teljesebb korrelációs spektrumért lásd: (230)).

A MHW-ben visszatérő tematizáció, a „káros” vagy „ártó” jelleg, mely feltűnt jelen kutatás etnográfiai anyagában is, azaz nem elég, hogy a környezet szennyezett, de sokszor a beteg kifejezetten rossz szándékot vélt emögött. A „chemtrail” jelensége jól illusztrálja, hogy a feltételezés nem pusztán környezetszennyezés, rossz akaratból vagy

elhanyagolásból származó „vegyszerezés”. A betegek narratívái gyakran kiemelték, hogy a KAM-használat „ártalmatlan” vagy „biztonságos”, mert „természetes”. Ez a vélekedés más KAM-használatot vizsgáló kutatásokban is megjelent (27, 80, 84, 85, 231), és jelen kutatásban kulturális ellenpontját képezi a „nem-szelektív” kezelések csoportja, mint például a kemoterápia és a sugárkezelés. Továbbmenően, a KAM megszólítja azt az etiológiát is, hogy a betegséget a testben felgyülemlett mérgeanyagok okozzák, mely számos MHW-vel összefüggésbe hozható koncepció. Ezzel is magyarázható a KAM-használat és MHW-hit közötti szoros korreláció.

7.5.3 A „természetes” és a „méregtelenítés”

Ember és természet viszonya az emberi élet szinte minden tartományát átítató téma, viszont a különböző kultúrák különbözőképp viszonyulnak környezetükhöz és a természetet különböző jelentésekkel ruházzák fel. Így a jelenleg Nyugaton dívó „természetes” felé vonzódás diszpozíciója sem magától értetődő jelenség. Az ipari forradalomra visszavezetett korszakváltozást jól mutatja, hogy a közvélemény miként vélekedett az ember és a természet viszonyáról a második világháború idején. Ma sok „egészséges étrendet” követő kifogásolja a „feldolgozott” húst vagy a konzerv termékeket. A konzervételek gyártásának kezdetén, az 1800-as évek elején, az iparnak olyan ételt kellett eladni a fogyasztóknak, mely nem volt szabad szemmel látható, így úgy kellett beállítani ezen termékeket, hogy tudományosan előállított élelmiszerek, amelyek mentesek a természet szeszélyeitől. A konzervipar a hangsúlyt a szezonális és a távolság akadályainak leküzdésére, a természet megzabolázására, megtisztítására és meghódítására tette. Mindemiat a közvélemény jobbnak ítélte a konzervételt, erre jó példa, hogy 1950 tájékán az előre gyártott formulát és bébiételt még a „természetes” anyatejnél is egészségesebbnek vélték (232). A kor kulturális-intellektuális képét színesíti az ipari forradalom környékén létrejövő és az ellen reagáló transzcendentalizmus és romanticizmus, melyeknek épphogy nem volt szándéka hatalma alá keríteni az idealizáltan „vad” természetet.

A nyugati kultúrákban ma a természetről eltérő attitűdöket és asszociációs képeket közvetít a közvélekedés és tömegmédiá. A természet már nem szeszélyes vagy félelmetes, a természethez kapcsolt képünk nyugodt és steril – a tiszta kék ég, a csörgedező patak, a ropogós zöld falevél a szellőben (80) – mintha mindig beltérből

szemlélnénk. Ezt a természetképet zavarja meg a hurrikán vagy földrengés, mely során a természet ismét betör éltünkbe és emlékeztet minket erejére. Harris szerint ez a steril és kontrollált természetkép egy olyan társadalom terméke, mely intenzív szükségét érzi a relaxációnak, és a természet egyetlen funkciója, hogy nyugodt helyszínt biztosítson, mely a pszichológiai felfrissülést, a feltöltődést teszi lehetővé (233). „Régen”, írja Harris némi iróniával, „az emberiség saját, maga-csinálta világában keresett menedéket a természet elől, ma a természetben – vagy legalább is a természet szimulációjában – keres menedéket a maga-csinálta világa elől” (*saját fordításom*) (233). Egy kultúra természetéhez fűződő asszociációi és viszonya tehát tükrözi a társadalmi normákat, sőt magához a társadalomhoz fűződő vélekedéseket is.

A szakirodalom jól illusztrálja, hogy a „természetességet” mint koncepciót kulturálisan konstruáljuk. Míg lehetnek magyar sajátosságok a „természetes” meghatározásában, a nyugati országokban homogénnek mondható a KAM-használatban, az ételfogyasztásban és különböző társadalmi mozgalmakban megjelenő asszociációs halmaz. Ahogy jelen kutatás, úgy számos egyéb észak-amerikai, európai és ausztrál kutatás is a „természetes” a „tisztá”, az „egészséges”, a „nem ember alkotta” jelenségekkel, valamint a „hagyományos” és „népi” gyógymódokkal azonosította, míg az ételekben az „organikus” és „feldolgozatlan” kifejezések voltak a „természetes” szinonimái (1, 10, 85, 233, 234). Ezek kulturális inverze az egészségre káros „vegyszer” és „méreganyag”, illetve a „gyógyszer” volt. A fogyasztók meggyőződése, hogy a természetes étkezéssel elkerülük a „génkezelt” és a „vegyszerekkel”, „élelmiszeradalékokkal” módosított ételeket (85, 233), ezáltal tesznek egészségükért. A KAM-használó bizonyossága, hogy a természetesnek vélt gyógymódokkal nem „szennyezi” önmagát (gyógyszerekkel ellentétben), ezen gyógymódok szelektíven hatnak, „ártalmatlanok” és „öngyógyító mechanizmusokat” indítanak be – tehát ezekkel is úgy véli tesz az egészségéért.

Herzlich 1973-as, a francia középosztályban végzett kutatásában, a betegségképzetek kapcsán ugyanezeket a motívumokat dokumentálta: az egészségtelen az „urbanizált”, „természetellenes”, „kémiai” jelenségekkel és „gyors életvitellel” azonosult, míg az egészséges a „természetessel”, a „régmúlt életvitelével” és a „környezettel való harmóniával”. Az alanyok a „modernt” és a „technikát” „természetellenesnek” minősítették (105). Szintén figyelemre méltó hasonlóság

fedezhető fel a szakirodalomban a „vegyszerekkel” kapcsolatos laikus (és sokszor KAM specialista) etiológiákban: az egészségügyi problémát az okozza, hogy idővel „méreganyagok” halmozódnak fel a szervezetben, mely elkerülhetetlen velejárója a modern, urbanizált életnek (69). Ezzel a teóriával kongruens módon, a „méreganyagoktól” meg kell „tisztulni” egy „méregtelenítő” eljárással, mint például koplalással, léböjtrel, vitaminokkal, gyógyteával vagy speciális diétával.

Félretéve a vitatott kérdést, hogy a szervezetnek egyáltalán szüksége van-e a méregtelenítésre, mivel az elképzelés és gyakorlata elterjedt jelenség Magyarországon és a nyugati világban, érdemes alaposabban megvizsgálni e témát. Minden kultúrában találhatunk elképzeléseket és rítusokat, melyek a szennyezettség és a tisztaság koncepcióival kapcsolatosak – a szennyeződés lehet rendellenesség vagy profanitás és lehet szimbolikusan, egyéni higiéniaiként, társadalmi értéként, vallási kategóriákként értelmezni (110, 235, 236). Hasonlóképpen, megtisztulási rítusokat is találunk minden közösségben, melyek a környezeti és közérzeti „méreganyagoktól” való megtisztulást szolgálják, és szintén lehet szimbolikusan értelmezni őket. A beteg tehát úgy érzi a világot, melyben él és az ételt, amit megeszik nem tiszta, önmagát sem érzi tisztának, és megtisztulásra vágyik. Harris szerint a „méregtelenítő mozgalom” a polgári középosztály saját otthonában gyakorolt tisztaság és rend képét terjeszti ki a testére, mely testet akár rendetlennek, véresnek és kaotikusnak is láthatna (233). Connor szerint a vegyszer a domináns társadalmi értékeket szimbolizálja, melyekkel szemben az egyén ellenállását a normától eltérő, „nem konvencionális” ételekkel, gyógy módokkal és gyakorlatokkal fejezi ki (85). Siahpush szerint a méregtelenítés képzetét valló egyén testét a természettel azonosítja, melyet kemikáliákkal lehet (környezet)szennyezni (80).

Jelen kutatásban a „természetes” jelző kiterjedt a következő tartományokra: táplálkozás (biotermékek, organikus), lakókörnyezet (vidék, kevésbé urbanizált), életvitel (pihenés/alvás/stresszmentesség) és KAM (öngyógyítás vagy erre épülő eljárás, gyógynövények, házi praktikák). A tartományok megítélése összefügg az antropocén és a vélt többségi társadalmi normák, körülmények megítélésével. A konvencionális medicina eljárásait, kezeléseit tekintve a „természetellenes” kétféleképpen jelent meg: a testbe bekerül valami ártalmas vagy „mesterséges”, aminek nem kéne ott lennie (pl.: sugárkezelés, „mülcse” katarakta műtét során) vagy a testből kikerül valami, aminek épp ott kéne lennie (pl.: egy szerv sebészi eltávolítása). A „természetellenes” mindkét

konceptualizálása az Énhatárok átlépését, megsértését, annak integritásának veszélyeztetését jelzi. Ha a beteg „természetellenesnek” jellemez egy kezelést, leginkább azt akarja kifejezni, hogy önmagát veszélyben érzi, nem bízik a gyógymódban és/vagy a gyógyítóban, félti testi-lelki épségét – a „természetellenes” beavatkozás egzisztenciális félelmeket indít be. A „természetes-természetellenes” jelenségpár sok esetben lefordítható a következő értelmezésekre is: attraktív-repulzív, elfogadható-nem elfogadható, biztonságos-veszélyes, értelmezhető-értelmezhetetlen, ártalmatlan-káros. A „természetes” preferálása az egyik legfontosabb KAM-használathoz köthető kulturális diszpozíció.

7.5.4 A posztigazság korszaka

Az 1900-as évek közepén a digitális forradalom elindította az információs korszakot, melyre az információ nagymértékű és policentrikus előállítása jellemző, illetve hogy egy-egy adott kérdésre diffúz, ellentmondásos válaszokat kaphatunk (237–239). A „posztigazság” (post-truth) vagy „poszt-tény” (post-fact) kifejezés öt évvel ezelőtt még ismeretlen volt, de 2016-ban az előbbi az Oxford Szótár szerkesztői az év szavának választották (237). A kifejezés azonban többet takar, mint szűk definíciója: „Olyan helyzetet leíró jelző, mikor a tárgyilagos tények kevésbé hatnak a közvéleményre, mint az érzelmeken, személyes hiten alapuló érvek.” E korunkat leíró jelző a „hamis hírek” vagy „dezinformáció”, félrevezetés (disinformation, misinformation) jelenségeivel kerül interakcióba, melynek prominens következményeiként tartják számon az oltásellenességet („anti-vax”) és a klímaváltozás-tagadást. Az előbbi egy 1998-ban The Lancet-ben megjelent cikk (240) alapján kapott nagyobb nyilvánosságot, mely összekapcsolta a gyermekkori védőoltásokat az autizmus kialakulásával, és ami miatt sok szülő, főleg az Egyesült Királyságban és az Egyesült Államokban megtagadta, hogy gyermekét beoltsák (237). Bár az eredeti dezinformációt azóta számos cikk leleplezte, a vakcinák által megelőzhető betegségek megjelenésének száma jelentősen növekedett és e bizalmatlansági „krízis” (241) következményei nagy kiadással járnak.

A klímaváltozás témaköre is jelentős példát ad a posztigazság korszakának dezinformációs szcénájára. 2013-ban az amerikai lakosság 20%-a gondolta azt, hogy a klímaváltozás egy álhír, melyet korrupt tudósok terjesztenek (237). De mára a

klímaváltozás-tagadás a jelenlegi amerikai közigazgatás tisztségviselői között is prominens attitűd, beleértve az amerikai elnököt (237). Amennyiben a dezinformáció összeesküvés-elmélet része, még mélyebb gyökeret növeszthet az egyénben, és a bizalmatlanság áttevődhet más, hivatalos forrásból származó információ megítélésére is (237, 242). Sőt, ha egy dezinformáció korrekciója kihívást jelent az egyén világgépe számára és nem összeegyeztethető meglévő attitűdjeivel, akkor ellenkező hatást érhet el: növelheti a hamis információban való hitet (237, 243). Ez a hatás még erősebb az ún. „visszhangkamra” (echo chamber) jelenséggel párosítva, mely valamely online közösség, média-preferencia vagy bármilyen információs tér megerősítési torzítását jeleníti meg. Ezen túlmenően, a közösségi média, a honlapokon található célzott reklámok, a keresőmotorok algoritmusok alapján kialakított személyre szabott keresési eredményei információs buborékot (szűrőbuborék, azaz „filter bubble” (160)) képeznek az egyén köré, mely csak megerősíti meglévő elképzeléseit, attitűdjeit (237, 244). Mivel 2013-ban KSH adatok szerint a magyarországi háztartások 71%-a rendelkezett internet hozzáféréssel, és egyes kutatások szerint a magyar internetezők 87%-a egészségüggyel összefüggő információkra is rendszeresen rákeres (158), így az információ-keresési, szűrési és értelmezési folyamatok hazánkban is az egyéni döntéshozatal jelentős faktorai.

Az oltásellenesség és klímaváltozás-tagadás esetei jól mutatják, hogy a döntéshozatal nem pusztán a tudományos tényként vagy bizonyítékként feltüntetett információ alapján zajlik, hanem pszichológiai, szociokulturális és politikai tényezők függvénye is egyben (241). A döntéshozatal alapvetően egy olyan miliőben történik, ahol a szakértői tudás és a társadalmi intézmények tekintélye lecsökkent (84, 194). 2012-ben Twenge és mtsai egy 9 milliós amerikai mintán mutatta ki, hogy a társadalmi tőke (a jóakarát, az empátia, a polgári szerepvállalás, az emberek iránti és a közintézményekbe vetett bizalom) 1970 óta drasztikusan csökkent (245). A tekintély- és bizalomvesztés Magyarországon is évtizedek óta érzékelhető jelenség (53, 210, 246).

Ebben a társadalmi és információs ökológiában a dezinformációt nem mint „hibás” vagy „téves” tényként érzékeli az egyén, hanem mint „alternatív episztemológia”, és ezért eltérő a hatása. Lewandowsky szerint a jelenlegi nyilvános diskurzust már nem lehet a leleplezendő dezinformáció lencséjén keresztül vizsgálni, hanem alternatív valóságokként kell kezelni, melyben akár milliók osztozhatnak.

Hozzáteszi, hogy a posztigazság korának nem az a legnagyobb veszélye, hogy sokféle információnak teret ad (mely személyre szabott episztemológiát hozhat létre), hanem hogy az egyén bizalmát veszti abban, hogy egyáltalán létezik igazság, tény és realitás, és teljes kimerültségében felteszi a kezét, hogy az igazságot egyszerűen nem lehet tudni. (237)

Jelen etnográfiai eredmények jól illusztrálják a posztigazság korszakának, egészségügyi kérdéseket is érintő egyes jellemzőit nevezetesen a „csináld magad” kutatás (DIY fact-finding) elterjedését, a tapasztalati tudás felértékelődését és a sorstárs autentikusságát. A „csináld magad” kutatás prominens betegmagatartássá vált, mely minden praktizáló orvos személyes tapasztalata. A beteg sokszor erőteljes és részletes elképzelésekkel érkezik a konzultációra arra vonatkozóan, hogy milyen betegséget jeleznek tünetei, milyen etiológiával bír, hogyan kéne kezelni és milyen diagnosztikát végezne. A fentiekkel egyetemben a beteg kutatását saját információs buborékában végzi és meglévő értelmezési keretébe helyezi, tehát előzetes attitűdjeit és diszpozícióit erősíti meg általuk. Ahogyan más kutatásokban is megjelenik (17, 85, 238), úgy jelen etnográfiai anyagban is fontosnak bizonyult a személyes tapasztalat, valamint a Sorstárs tapasztalata, akit ugyanazzal a betegséggel diagnosztizáltak vagy hasonló panaszokkal küzdött. Nem meglepő, hogy a posztigazság pszichológiai és szociokulturális miliójében, melyben az információ megítélésére vonatkozó közös tájékozódási pontok homályosak és ahol az igazság és tény szubjektív megítélés alá esik, ott a Sorstárs válik a legautentikusabb és legmegbízhatóbb információforrássá. Ahogy Molnár fogalmaz „Nem az intézmény, hanem az egyén lett a döntés alapja, és a hagyomány helyett egyre inkább a tapasztalat [...] vált az autentikusság forrásává” (210). A mintában szereplő összes beteg két csatornán jutott a HKO rendelőbe: internetes kutatás útján vagy, ami még jellemzőbb volt, ismerős/barát/családtag ajánlása révén.

7.5.5 Világkép piac és “kulturális kreolizáció”

A nyugati országokban a professzionális szektort (14) képező nyugati medicina megkérdőjelezhetetlenül domináns társadalmi és kulturális pozícióban van, de csupán egy ágens az egészségügyi piacon (99). A világ legtöbb országában plurális egészségügyi rendszer működik, ahol a szereplők között gyakran versengés áll fenn. Ez a versengés nem pusztán anyagi haszonról szól, hanem szakmai presztízsről, orvosi

elképzelésekről – episztemológiai és egzisztenciális kérdésekről (99). Az orvoslás és a fogyasztói piac, főleg az Egyesült Államokban, egyre átjárhatóbb szektorok, retorikájukban is megmutatkozik: a betegek „tájékozott fogyasztók”, az orvosok és egészségügyi személyzet „szolgáltatók” és egyidejűleg, a fogyasztói piac egyre inkább medikalizált (99).

Globalizálódó világunk az erőforrások kizsákmányolásával jellemezhető, miközben a drasztikusan megnőtt információtermelés egy olyan miliót hoz létre, melyben az „igazság” és a „tény” egyre szubjektívebb megítélés alá esik. A korábban homogénebb (centralizált kulturális erők által kitermelt) világképek egyre heterogénebb formát öltenek – fragmentálttá, hibriddé (247), személyre szabottabbá válnak. „Az egymást kölcsönösen bíráló és kizáró világnézetek tengerében [...] nincsenek meg a korábbi biztos pontok. Minden állításnak létrejött a tagadása, a bírálata, és az egyénnek magának kell megtalálnia és megalkotnia világképét. [...] Ma már nem arról van szó, hogy az egyén szabadon választhat a versengő világnézetek között, hanem arról, hogy választania kell” (210). A „kulturális kreolizáció” kifejezés a különböző kulturális rendszerek, tradíciók integrálását jelenti, mely identitásépítő mechanizmusként is azonosítható (99, 137, 238), és globalizációs folyamatok révén, különböző intenzitással, a legtöbb kultúrát érinti. A „kulturális kreolizáció” egészségügyi kérdésekben is jelen van, ezen a piacon nem csak termékek és szolgáltatások versengenek, de világ- és betegségképek is (99, 152).

Az egyén már a terápiaválasztás előtt, a tüneteiről, betegségéről való tájékozódás fázisában, voltaképpen értékei és elképzelései szerint rangsorolja a lehetséges információforrásokat, ezáltal megszűrve a kérdéseire és lehetőségeire vonatkozó információ tartalmát is. Sőt, ahogy láttuk már eleve egy információs buborékban zajlik a keresés és értelmezés, tehát többszörösen szűrt információról van szó. A különböző medicinák közötti versengés elsődlegesen az attitűd arénájában zajlik: ki minősül gyógyítónak és mit minősítünk gyógyításnak? A kérdésre adott válasz a betegség megfogalmazásával kezdődik, mely erőteljesen függ az egyén attitűdjétől, világképétől.

A fragmentált és ellentmondásos társadalmi jelenségek miatt az identitás, az Én is fragmentált: megosztott, hibrid, gyakran inkoherens, következetlen, amely vitathatóan a késő kapitalizmus, a posztmodern és a posztkoloniális jelenségek következménye (137, 238). Az adott társadalmi milióban túlélési stratégiát jelenthet a bizonyos

értékeken, elképzeléseken alapuló kulturális „szemezgetés”. Ez jellemző a Ray által leírt, úgynevezett „kulturális kreatívokra”, akik, felmérése szerint, az amerikai felnőtt lakosság 24%-át teszik ki (66), Európában 2000-ben becsült számuk 80-90 millió volt (248). Közös értékeik közé tartoznak az ökológiai fenntarthatóságra való törekvés, az egzotikus és idegen preferálása, a társadalmi optimizmus, és a spiritualitás, amely a test-lelek-elme egységében fogható meg és e világszemléletben központi szereppel bír (66). A kulturális kreatívok világ-, ember- és betegségképe, valamint a KAM között kölcsönhatás van: a KAM e nehezen meghatározható világnézet egyben egyik „mozgatórugója” és „terméke” (65, 66) is egyben.

A „kulturális kreatív” fogalma voltaképpen egy analitikus kategória, egy attitűdhalmaz, melyet összefüggésbe hoztak a KAM-használattal, de tágabban érdemes vizsgálni, méghozzá az ún. „filozófiai kongruencia” jelenségével (65). E jelenség akkor alakul ki, ha a beteg úgy véli, hogy MM-je (világ-, ember-, egészség-, betegségképe) megegyezik a KAM kulturális rendszerével. 2000 körül az amerikai KAM-használók 15–17%-ának elsődleges terápiaválasztási indoka volt: „filozófiai okok” és preferencia arra, hogy önmaga birkózzon meg problémáival (65). Astin a következő értékeket sorolja a filozófiai kongruencia jelenségéhez: a betegséggel kapcsolatos ismeretelméleti elképzelések, a test-elme egységével kapcsolatos kulturális jelentések, az egészség holisztikus megközelítése és a kezelővel fenntartott bensőséges, stabil viszony (65, 66). De mivel a KAM egy ernyő szó, mely nagyon is különböző medicinákat, világképeket takar, változó hogy mi az, ami „filozófiailag kongruens”. Talán helyesebb MM elemekről vagy diszpozíciókról beszélni, melyekkel az individuum a „kulturális kreolizáció” során azonosul és befolyásolja terápiaválasztását.

7.5.6 Az életmód politizálása

A test – írja Van Wolputte – a hatalom és ellenszegülés találkozási pontjává vált. A test egyfelől politökonómiai érdekek összecsapása, másfelől, az egyén testével, testén végzett gyakorlatokkal egy politikai és kulturális kijelentést tesz. Az egyén által választott terápia, testmozgás vagy táplálkozás nem csak egy személyes ízlést mutat, hanem világképet, attitűdöket, szubkulturális hovatartozást és aspirációkat is kifejez (72, 99, 249–251). Ahogy Pikó fogalmaz: „Nem egyszerűen egy tárgyat veszünk, hanem egy életérzést. Vásárlási döntéseinket ezen kódok alapján hozzuk, amelyek jellemvonásaink meghatározói.” (247) Cherry szerint, például a veganizmus nem pusztán egy táplálkozás

és életmód, hanem kifejez politikai irányultságot (progresszív), politikai-kulturális értékeket (pl.: állatjogok és környezetvédelem), fogyasztói magatartást (pl.: bizonyos élelmiszerláncok és márkák preferálása), filozófiai meggyőződéseket (vallási vagy „spirituális”), szubkulturális identitást (a többségi társadalommal szembe állítva), az in-group személyeiből álló közösségi hálót, a közösség tagjai által megosztott információforrásokat és preferált tájékoztató fórumokat, valamint diskurzus és viselkedési mintákat (pl.: külön étkezés, amikor eltérő ideológiai csoportban van) (252). A veganizmus példája jól mutatja, hogy a világszerte piac miliójában egy egyszerűnek tűnő döntés, például táplálkozásban, legtöbbször jéghegyszerűen viselkedési és vélekedési tendenciákat rejt, és önmagában nem értelmezhető (105) – a táplálék sosem csak étel (251). Ugyanez elmondható a KAM modalitásokra vagy akár a különböző testmozgásfajtákra (pl.: jóga, harcművészetek). Good megállapítása, hogy a betegséget mindig személyes – de társadalmi és szubkulturális normákban gyökerező – jelentésrendszerekkel ruházzuk fel (113).

Connor szerint a KAM-használat lehet akár politikai, értékrendbeli kinyilatkoztatás is, mely többségi társadalmi értékekkel szembeni ellenállást fejez ki (85). Így kinyilatkoztatás lehet az, amikor valaki „természetes ételeket” (natural food movement) vagy feldolgozott ételeket, gyorsételeket vagy „lassú ételeket” (slow food), Paleolit vagy Ketogén diétát követ. A fentiek értékrendet, szubkulturát, fogyasztói magatartást jelölhetnek, ugyanúgy, mint ahogy a KAM-használat is ideológiai meggyőződésből fakadhat.

Az ételre és terápiára egyaránt használatos „természetes” jelző értelmezhető úgy is, mint a tradicionális világpiactér része (233). Az Egészséges Étél Mozgalom az 1800-as évek közepére nyúlik vissza, az ún. „keresztény fiziológusok” tanításaira, mint James H. Kellogg, Sylvester Graham és William A. Alcott. Mindhárman orvos-lelkészek voltak, akik a vegetáriánus és a teljes kiőrlésű étrendről úgy tartották, hogy nem pusztán egészséges, hanem morálisan helyes. Az „az vagy, amit megeszel” kijelentés ebből az érából származik. 1850-ben hozták létre az Amerikai Vegetáriánus Társaságot, majd az egyre népszerűbb mozgalom a világháború alatt háttérbe szorult, és az 1960-as években éledt csak újjá. Mára a mozgalomban úgy tartják, hogy az egyén a megfelelő étrenddel a politikai meggyőződését is képes megélni „az év 365 napján, napi háromszor”, mely Ness szerint társadalmi felelősségvállalás egy egymásra utalt globális közösségben

(253). Az Egészséges Étel Mozgalom immár egy multimillió dolláros ipar és a konvencionális élelmiszerláncok több, mint felében található organikus és teljeskiőrlésű termék. Az alapítók közül Kellogg és Graham nagy múlttal rendelkező, a konvencionális piacon markáns jelenléttel bíró márkákká váltak (253, 254).

A világszerte piacnak még egy fontos mozgatórugója, hogy egy világszerte, szolgáltatásnak vagy terméknek milyen az imázs és kik képviselik. A bizonyos diéták és medicinák mellett kiálló hírességek fontos imázsformáló és disszeminációs szereppel bírnak (85), szinte olyan mértékű hatással, mint a személyes ismeretségben lévő Sorstárs, aki saját tapasztalat alapján ajánl egy terápiát. A szájhagyomány, a Word of Mouth marketing mindkét esetben megvalósul, csak különböző skálán.

7.5.7 Változó egészségkép, orvoskép és betegszerep

A Nyugat gondolkodása az egészségről és betegségről, politikai és szociokulturális hatásokra reagálva és azokat módosítva, folyamatosan változik – ez jól látható az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által közzétett definíciókban is. A WHO 1948-es definíciója (255) az egészséget nem a betegség hiányával határozta meg, hanem a „teljes fizikai, mentális és szociális jólléttel”, mely markánsan eltér a korábban domináló (és azóta is bizonyos mértékben fennmaradó) biostatistikai és funkcionális normalitás koncepciójától. A definíció megváltoztatása tükrözte és tovább fokozta azt a paradigmaváltást, mely az egészségben a „jólléttel” hangsúlyozta a patológiával szemben. Azzal, hogy a mentális és szociális tartomány is bekerült a jóllét determinánsai közé, a WHO radikálisan kitoldotta az egészség és egyben az egészségügyi szakemberek hatáskörét (256). Az 1980-as években induló egészségfejlesztő mozgalmat propagáló WHO 1984-ben kijelentette, hogy az egészség nem egy elérendő cél, hanem a mindennapi élethez szükséges erőforrás és egyben egy képesség is, mely lehetővé teszi a környezettel való megküzdést (257). Tehát a biológiai tartomány mellett, helyett kapott a pszichoszociális tartomány is, illetve a környezettel való interakció.

2011-ben Huber és mtsai formális ajánlást tett arra vonatkozóan, hogy a WHO definíciót ki kellene terjeszteni az allosztázis képességére, azaz a homeosztatisz szabályozási pont eltolódásának lehetőségére, mely jobb alkalmazkodást tesz lehetővé a szervezetet ért tartós megterhelések során (258). A definíciómódosításra a szerzők

szerint azért van szükség, mert 1948 óta drasztikusan változott a globális betegségteher, az akut és fertőző betegségekről a hangsúly a krónikus betegségekre tevődött át. Az életkörülmények javulása, a táplálkozási viszonyok átrendeződése és az élettartam meghosszabbodása alapvetően átrendezte a mortalitási és morbiditási mutatókat (103, 256). De az allosztázis jelensége a szociokulturális arénára is igaz, az ott bekövetkező gyors változásokra és az azokkal való megfelelő megküzdési stratégiákra is kiterjed. Többen felvetik, hogy a közeljövőben megint paradigmaváltásra számíthatunk a digitális technológiák egészségmeghatározó szerepe miatt (259). Tehát az egészségdefinícióinkban tükröződnek a technológiai, szociokulturális, politikai és episztemológiai változások. Valamint a közzétett definíciók is hatással vannak az egészségről alkotott képünkre és döntéseinkre. Az egészségfogalom minél több élettartományba való áttérjedésének újabb következménye a medikalizáció, vagyis, hogy olyan területek, melyek korábban az erkölcs fennhatósága alá tartoztak, egyre inkább az egészség és betegség fogalmaival írhatók le (14, 51).

A fentiekén túl, az Engel által kidolgozott, az életmódbeli és magatartási formákat is figyelembe vevő bio-pszicho-szociális modell (260) kapcsán több szerző felveti (261–263), hogy egy negyedik dimenzióra is szükség lenne, méghozzá a „spiritualitásra”. A puszta tény, hogy ez a téma az egészségtudományi diskurzusban megjelenik jelzi, hogy milyen erős dialektika van a közvélekedés kulturális változásai és a tudományos szféra között. A világméretű piac „kínálata”, az egészséggel, betegséggel és orvosi elképzelésekkel kapcsolatos információk kreolizációja, és erőteljes hatást gyakorol az egészségdefinícióra. Minderre eklatáns példa a keleti filozófiákon és „spirituális” gyakorlatokon alapuló, tudományos eredményekkel ötvözött Mindfulness technika (264), mely az elmúlt évtizedekben elterjedt nem pusztán laikusok körében, hanem a pszichológia tudományágában is.

A fent tárgyalt globális trendekkel egyetemben, „a laikus kontroll erősödése, az orvoslás piacosodása, a betegség struktúra változása jelentősen befolyásol[ja] az orvos-beteg kapcsolatot” (265). Társjelenség az ún. „deprofesszionalizáció”, melyet többek között a korábbi orvosi értékek és az orvoskép megítélésének átalakulása, az autonómia csökkenése és a gyógyítás elszemélytelenedése jellemez (99, 174, 265, 266). Az egészség-definíció, valamint a beteg- és egészségviselkedés átalakulásáról lásd Szántó disszertációját (53).

7.6 A diszkusszió összegzése

A diszkusszió fordított tölcés szerkezetben, a MM-ektől a globális jelenségekig szólította meg az eredményekben tárgyalt jelenségeket és helyezte őket szakirodalmi kontextusba. A MM-ek szintje képezte a diszkusszió alapozó szintjét, ahol az MM tipológia került szakirodalmi kontextusba. A következő, klinikai szint a betegek információban való tájékozódását, segítségkeresési stratégiáit és a KAM-használat módját vizsgálta, valamint a konvencionális medicina orvos-beteg kapcsolatának egyes aspektusait emelte ki. A diszkusszió szubkulturális szintje a KAM közegekben fellelhető társas támogatást és az enkulturációt vette górcső alá. A társadalmi szinten a KAM kommodifikációja és a gyógyszeriparral kapcsolatos laikus attitűdök kerültek szakirodalmi keretbe. Ezekon túlmenően jelentős diszpozíciókról volt szó, mint például az aszimmetrikus holizmus és a vitalizmus. Végül globális tendenciák, főként a nyugati országokban érzékelhető szociokulturális trendek kerültek kontextusba, melyek az antropocén megítéléséhez, a modernkori egészségféltséghez, valamint a „természetes” koncepciójához tartoznak. Ugyanígy globális tartományban volt a posztigazság korszak, a „kulturális kreolizáció”, és az ezekkel tapasztalható betegség- és egészségkép, valamint orvos- és beteg-szerep-változás.

7.7 A kutatás korlátjai

A kutatásnak számos korlátja volt. A kvalitatív módszerű kutatások jellemzője, hogy egy adott témában részletekben gazdag képet tud nyújtani, de a jelenségek prevalenciájáról nem tud számot adni. A HKO közegében megfigyelt jelenségek feltételezhetően nagymértékű transzferabilitással bírnak, egyrészt azért, mert Magyarországon népszerű KAM modalitás, másfelől pedig azért, mert az azt alkalmazó betegek sokszor más modalitásokat is igénybe vettek, ezért általánosabb képet kaphattunk a KAM-használatról. A Budapesten zajló kutatás nem terjedt ki vidéki közegekre, ahol feltételezhetően más KAM-használati motivációkat és hozzáférést találhatunk. Továbbmenően, bár nagy mintaelemszámmal rendelkezett a résztvevő megfigyelés, a strukturálatlan interjúk nehezen összehasonlítható adatokat tartalmaztak. A félig-strukturált interjúk jól összehasonlítható adatokat szolgáltatottak, de ahhoz, hogy általánosabb hermeneutikai megállapításokat lehessen tenni, több interjúra lenne szükség. A nem-arányos kvóta szerinti mintavétel megfelelő és gyakran alkalmazott

kvalitatív mintavételezési technika, ám a terepszemlék során kidolgozott kategóriákra nem lehet teljes bizonytal állítani, hogy hűen tükrözték a teljes populáció (HKO-t alkalmazó betegek és orvosok) heterogenitását. Emiatt az adatfelvételtől és az analízistől kimaradhattak jellemzők, melyek a terápiaválasztást befolyásolják. A fentiekén túl a kutatás korlátja, hogy a betegek MM-je idő, és kontextus-függő, valamint minden betegségre eltérő lehet, ezért multifaktoriális természetéről longitudinális vizsgálat – az egyének betegútjának hosszabb és mélyebb vizsgálata – adna pontosabb képet. Korlát továbbá, hogy a betegek narratívája visszaemlékezés alapján, az interjúk során beszámolt eseményekhez mérten különböző időintervallumok elteltével került elbeszélésre.

8. Következtetések

A következtetések levonása több diszciplináris irányt is vehetne, de a célkitűzésekkel kongruensen az orvosi kommunikáció területéhez kíván hozzájárulni. A következőkben az orvos-beteg kapcsolatban történő bizalomépítés egyes aspektusai kerülnek részletezésre, ezután a bizalomvesztés néhány következménye. A konklúzió végén a KAM alkalmazásával összefüggésbe hozható jelenségek kapcsán egyes kihívások kerülnek megemlítésre.

8.1 A bizalomépítés egyes tényezői

A bizalom fontossága az orvos-beteg kapcsolatban

A kutatásban szereplő betegek egyértelműen először a nyugati orvosláshoz fordultak panaszukkal, mely nem pusztán a biomedicina szocializáció során betöltött dominanciáját, hanem a konvencionális orvoslás felé tanúsított bizalmat is jelezheti. Az orvos-beteg kapcsolat jellege a terápia hatékonyságának szubjektív megítélésében is jelentős szerepet játszik, nem csupán a HKO kezelések, hanem a konvencionális kezelések kapcsán is. Az eredmények szerint a betegnek igénye van fokozott gondoskodásra és figyelemre, melyek ellenpólusát a narratívákban az orvosi „távolságtartás” képezte. A személytelen bánásmód pedig a betegek értelmezésében a „félrekezeléssel” azonosult. Hasonló értelmezést kapott a konvencionális orvosi konzultációban töltött idő rövidege. Az elégtelennek ítélt konzultáció a betegben gyakran azt az érzést keltette, hogy az orvost nem érdekli, az orvos és az egészségügyi személyzet figyelmetlen, megbízhatatlan, és emiatt a szakmai tekintélyét, szakmai hozzáértését is megkérdőjelezte.

A kutatás eredményei szerint az, amikor egy orvos felülbírálja orvoskollégája munkáját, döntéseit (vagy a beteg ekképpen értelmezi retorikáját) általában negatív hatással van a medicina felé érzett bizalomra. Hangsúlyozandó, hogy ez nem másodvélemény formájában történő egymásra reflektálás kollégák között, hanem elmarasztaló retorikát jelent.

Kérdés, hallgatás, válaszadás

A kutatás eredményei szerint a KAM-használó betegek tartanak a konvencionális orvos negatív reakciójától és elítélő véleményétől, emiatt nem

tájékoztatják őt a nem-konvencionális terápiák igénybevételéről. Ezen túlmenően betegek sokszor úgy vélik orvosukat nem érdekli a téma vagy nem ért hozzá, illetve nem szükséges róla tudnia. Mivel a betegek sokszor kerülhetik a KAM-használat kérdését, ajánlatos az orvosnak kezdeményezni a beszélgetést.

A kérdés fontossága ugyanígy kiterjedhet a beteg saját állapotának oki magyarázatára, ugyanis a compliance és adherencia mértéke erőteljesen függ attól, hogy a beteg, saját oki magyarázatával kongruensnek látja-e a terápiát. Tehát az, hogy a beteg miként gondolkodik betegségéről és a lehetséges terápiák hatásmechanizmusáról jelentősen összefügg és a compliance meghatározó tényezője.

A kezelési folyamat elején hasznos lehet a beteget megkérdezni arról, hogy szerinte mi okozta betegségét, mit jelent számára betegsége, milyen gyógymódokról hallott és mit vár ezektől a kezelésektől. Ezek a kérdések az ún. „kulturális interjú” (267) részét képezik és akár csupán pár perces megbeszélése segíthet a félreértések tisztázásában és megteremtheti a bizalom alapjait (103). Sok, a kutatásban szereplő beteg kifejezett igénye volt a fenti kérdések tartalmait orvosával közölni.

A kutatásban visszatérő betegnarratíva volt a kérdés lehetőség mint a jó orvos-beteg kapcsolat ismérve. A kérdésekre szánt időt és hajlandóságot a betegek kedvességgel és a felszabadultság érzetével azonosították, konvencionális és KAM orvosi interakciókban egyaránt. A bizalomépítés egy fontos tényezője, hogy a beteg érezze, van tere feltenni kérdéseket, mind a diagnózis, mind az ajánlott terápia kapcsán.

Azon kívül, hogy a beteget saját betegségmagyarázatáról kérdezik, meghallgatják őt és lehetőséget biztosítanak a kérdésre, hasonlóan fontos tényezőnek minősült a felé intézett tájékoztatás tartalma és retorikája is. A betegek igénye volt, hogy orvosuk tájékoztassa őket betegségük okáról, kezelésének módjáról, és a konvencionális medicina által elfogadható kiegészítő vagy helyettesítő kezelésekről. Ezen túlmenően számos beteg igénye volt többet tudni az orvos saját gondolatmenetéről a beteg kezelési íve kapcsán, melynek explicitté tétele voltaképpen gesztusértékűnek bizonyult és a bizalomépítést szolgálta. A tájékoztatás tartalmán kívül az orvos szóhasználata is rendkívül fontosnak bizonyult, mivel sokszor bizalomvesztést okozott, amikor a beteg diagnózisa vagy prognózis kapcsán empátia-mentesnek ítélte az orvosi retorikát.

Mindezekon felül a konvencionális gyógymód várható mellékhatásairól való tájékoztatás nagyon fontosnak bizonyult. Ez különösen meghatározó amikor a páciens tünetmentes vagy csupán enyhe tünetekkel rendelkezik – annak ellenére, hogy komoly betegségben szenved – a kezelés megkezdésekor. Fizikai állapotát valamint közérzetét rosszabbnak ítélni, mint a gyógykezelés kezdete előtt (ez pl. a kemoterápia és a sugárkezelés kapcsán gyakori lehet) és ez sok beteget eltántoríthat a kezelés folytatásától. Fellépő testérzeteiket a terápia káros mellékhatásaként vagy hatástalanságaként értelmezhetik és a gyógymódba vetett bizalmukat elveszíthetik. Legrosszabb esetben „félrekezelésként” értelmezik és az egész nyugati orvoslásban elveszítik bizalmukat.

A megértés kimutatása

Jelen kutatás igyekezett bemutatni, hogy a terápiaválasztás mögött mindig a vélt terápiás lehetőségekkel, a laikus oki magyarázatokkal és az interiorizált kulturális diszpozíciókkal kongruens viselkedés fedezhető fel. Függetlenül attól, hogy az orvos miként vélekedik a beteg által választott vagy mérlegelt gyógymódról, a beteg narratívájának meghallgatása és a megértés kimutatása rendkívüli fontossággal bírhat. Az eredmények mutatják, hogy amennyiben a beteg visszautasítást érez, a megértés hajlandóságának hiányát, könnyen bizalmát veszti. A megértés kimutatásához nem szükséges a felek egyetértése, viszont bizalomépítő hatású lehet az orvos-beteg kapcsolatban.

Főként olyan esetekben, amikor a beteg kétségbeesett állapotban fordul a KAM-hoz, érzelmi meghatározó asszociációkat képezhet a KAM-mal kapcsolatban, például a gyógyulás reményével azonosítja azt. Néhány esetben, ha a beteg úgy érzi, hogy az orvos „elítéli” vagy „támadja” az általa alkalmazott KAM-mot, akkor úgy érezheti, hogy személy szerint őt „támadják”. Az eredmények szerint, az orvos KAM-ról való elmarasztaló véleménye azt eredményezte, hogy a beteg elmarasztalta őt. Ezen kívül, ha a megértésre való hajlandóságot nem érzi a beteg, kevésbé nyitott az új információra, extrém esetben az ún. „visszafelé elsülés effektusa” („backfire effekt”) is előfordulhat, ahol az individuum felé tárt tények, vélemények nem cáfolják, hanem megerősítik meglévő elképzeléseit.

A beteg és az orvos közötti kommunikáció megnyilvánul a szavak szintjén (kérdés, meghallgatás, tájékoztatás) és a jelentések szintjén is (betegségmagyarázatok, terápiás elképzelések, diszpozíciók). A bizalomépítés szempontjából mindkét tartomány egyaránt jelentős.

8.2 A bizalomvesztés lehetséges következményei

A terápia hatékonyságának szubjektív megítélése

A kutatás eredményei szerint az orvos-beteg kapcsolat jelentősen meghatározza azt, hogy a beteg milyen hatékonyak ítéli a terápiát. Amennyiben nem érzi úgy, hogy kellően tájékoztatták betegségéről, kezeléséről, lehetőségeiről, valamint hogy orvosával olyan kapcsolatban van, ahol tere van kérdezni és információt közölni, negatívan értelmezheti a konvencionális kezelés során fellépő testérzeteket, szomatikus jelenségeket. Ilyen esetben, mivel az orvos-beteg kapcsolatot negatívan minősíti, gyakran nem is beszéli meg ezeket a testérzeteket, esetleges mellékhatásokat orvosával. Ennek egyenes következménye a terápia hatékonyságának negatív megítélése. Az eredmények arra mutatnak, hogy a beteg olyan terápiát fog választani, amely a konvencionális kezelés mellett igénybe vehető KAM kezelés, vagy alternatív kezelést fog alkalmazni. Az előző esetében a bekövetkező gyógyulását hajlamos lesz a KAM kezelésnek tulajdonítani és nem a konvencionálisnak. Ez pedig a jövőbeni terápiaválasztását erőteljesen befolyásolhatja.

Az orvos tájékoztatásának hiánya

A kutatás során az orvos tájékoztatásának hiánya három fő területen mutatkozott meg: a komplementer kezelések alkalmazása, a konvencionális terápia önkényes megszakítása és annak önkényes módosítása. Az első terület tekintetében reális veszélyt képez a kiegészítő szolgáltatások és termékek a konvencionális terápiával fellépő destruktív interakciója. Ez a beteg egészségi állapotát súlyosbíthatja, a betegség progresszióját serkentheti. A konvencionális terápia önkényes megszakítása is veszélyekkel járhat, amennyiben ez a kezelőorvos tudta nélkül zajlik, úgyszintén az alkalmazott gyógyszerek csökkentése vagy növelése.

A szakmai tekintély áthelyezése

Az orvos-beteg kapcsolatban megélt bizalomvesztés, a terápia hatékonyságának negatív megítélése és számos egyéb tényező vezethet oda, hogy a komplementer kezelést is alkalmazó beteg inkább a KAM kezelőbe helyezi bizalmát. Ez a helyzet nem pusztán presztízskérdés, hanem az információáramlást jelentősen befolyásoló tényező. A beteg egészségügyi kérdéseit azzal a gyógyítóval beszéli meg, akiben jobban bízik. Az ő tanácsait fogadja meg, nem csupán KAM kezelések, hanem konvencionális gyógymódok kapcsán is. Ez azért jelenthet veszélyt a beteg számára, mert szimultán alkalmazott kezelések esetén a KAM kezelő nem feltétlenül ért a konvencionális gyógykezeléshez és vice-versa.

A konvencionális terápiás folyamat visszautasítása

A kutatás eredményei szerint a beteg a nyugati kezelést a priori (megkezdés előtt) és a posteriori (folyamatában) is visszautasíthatja. Mindkét esetben a beteg élhet olyan magyarázatokkal, mint például „nem természetes” vagy „nem szelektív”, de ezek olyan diszpozíciókra vezethetők vissza, melyek megszólíthatók amennyiben az orvos ismeri vagy hajlandó felfedezni ezek jelentéstartamát. Szintén attitűdinális indokok játszhatnak szerepet a non-adherenciában (pl.: a beteg nem szedi végig a felírt gyógyszert). Amennyiben nem nyílt a kommunikáció orvos és beteg között, a beteg a gyógyszer hatására fellépő szomatikus jelenségeit felhasználhatja döntésének utólagos racionalizálására. A konvencionális diagnosztikus vagy egyéb eljárásokra ugyanez vonatkozik, például a biopszia vagy endoszkópia megtagadása.

Az ellátás hiánya

A nyugati orvoslástól való elfordulás extrém esetben ahhoz vezethet, hogy a beteg nem tudja, hogy kihez forduljon vagy már nem bízik meg egyetlen gyógyítóban, medicinában sem. Ez különösen veszélyes lehet olyan esetekben amikor a beteg visszautasította a nyugati kezelést, például daganatos betegség kapcsán a kemoterápiát vagy sugárkezelést, a műtétet követő kontrollvizsgálatokra járnia kellene, de úgy érzi nincs kihez fordulnia. A terápiaválasztás során bekövetkező információfeldolgozásban és döntési sorozatokban tapasztalt jelenségek talán legveszélyesebb kimenetele a teljes bizalomvesztés, melynek következtében a beteg minden segítséget elutasít. Ez az állapot mindenáron megelőzendő.

8.3 A jövő kihívásai

A kutatás eredményei rámutatnak arra, hogy fontos lenne a konvencionális orvosok KAM-mal kapcsolatos tájékozódását növelni, hogy betegeikkel érdemben tudjanak beszélgetni nem-konvencionális gyógymódok használatáról. Ez önmagában még nem jelenti, hogy azokat szorgalmazni is kellene, pusztán azt, hogy lássák milyen KAM kezelés jelenthet potenciális veszélyt a beteg számára a destruktív terápiás interakciók miatt. Fontos továbbá olyan információforrások közzététele, melyek révén megbízható KAM-használati lehetőségekhez juthatna az a beteg aki nem-konvencionális gyógymódokat is igénybe venne.

További kutatások szükségesek, nem csupán a KAM Magyarországi prevalenciájának mérésében, hanem e feltáró kutatás hasznosnak ítélt aspektusaiban is, mint például hogy mi a KAM-használat módja (komplementer vagy alternatív), milyen betegségek esetében milyen a prevalenciája, és milyen diszpozíciók játszanak szerepet a KAM-használat fenntartásában (és elhagyásában). Ezeken túlmenően a különböző MM-ek prevalenciája is fontos kutatási témát képez, valamint a különböző etiológiákhoz kapcsolható betegmagatartás és azok előnyei és hátrányai/veszélyei. Továbbá, a különböző MM-ekre és diszpozíciókra irányuló kommunikációs stratégiák kidolgozása jelentős klinikai relevanciával bíró területet képez.

9. Összefoglalás

A nem-konvencionális gyógymódokat „komplementer” (a nyugati gyógymód mellett alkalmazott kiegészítő) és „alternatív” (a nyugati terápiát helyettesítő) kezelésekre alkalmazzák a betegek. A KAM egy, számos modalitást magába foglaló ernyőfogalom, mely sokféleképpen definiálható, és a konvencionális orvoslástól való elkülönítése sokszor kihívást jelent, mert a „konvenció” országról-országra, akár orvosonként változó lehet. A KAM-mal kapcsolatos törvénykezés, a KAM modalitások elfogadása, integrálása szintén nagy variabilitást mutat Nyugaton.

A KAM prevalenciáját mérő kutatások eredményeit nehezen vethetjük össze, hiszen az egészségügyi rendszerek (szektorok) különböznek, eltérők a társadalombiztosítás által támogatott szolgáltatások, más intenzitású a KAM modalitások hozzáférése és média-jelenléte, melyek – más tényezőkkel egyetemben – mind erőteljesen befolyásolják a KAM-használat mértékét. Ezekon túlmenően a mérések különböző eszközökkel, eltérő módszerekkel, mintavételezéssel, különböző betegcsoportokat szólítanak meg, és ez a KAM-használat elterjedésével és mögötte álló motivációkkal kapcsolatban fragmentált képet mutat.

Az átlag KAM-használó körvonalazása demográfiai adatok mentén nem ad pontos képet, hiszen az iskolázottság vagy fizetőképesség még nem egyértelműen prediktív a KAM alkalmazására vonatkozóan. Klinikai faktorok (pl.: betegség típus, elérhető gyógymódok, fellépésének ideje, prognózis) mellett a KAM-használattal kapcsolatban pszichológiai konstruktumokat is vizsgáltak már, így a „pozitív gondolkodás”, a „holizmus” és az „énhatékonyság” tekintetében korrelációkat fedeztek fel. Ám ezeket a konstruktumokat kutatók eltérő módon definiálják és felmerül, hogy a különböző mérőeszközökkel nem ugyanazt mérik.

Szociokulturális trendek fényében is folytattak már vizsgálatokat, melyek a KAM-használatot a társadalmi ellenállás jeleként, a „természetes gyógymódok” elterjedését az antropocén negatív megítéléseként értelmezik. Még teljesebb megértést biztosíthat a kulturális diszpozíciók vizsgálata, melyek szociokulturálisan meghatározott, de egyéni módon értelmezett és megtapasztalt jelenségek.

Jelen exploratív kutatás igyekezett feltérképezni egyfelől a betegút azon pontjait, ahol a beteg áttérhet a KAM alkalmazására (PJ kódrendszer), másfelől leltárba venni és

tipológiába sorolni azon diszpozíciókat, melyek különböző laikus magyarázó modelleket alkotnak (EM kódrendszer).

A KAM-használatba való belépés lehetséges pontjait a betegút mérföldkövei adták. A nyugati diagnózis felállítása kapcsán a diagnózis hiánya és annak potenciális visszautasítása került ismertetésre. Az orvosi konzultációk tekintetében szó volt a betegek kielégítetlen igényeiről, a bizalomvesztés módjairól, valamint a bizalomvesztés lehetséges következményeiről. A nyugati kezeléssel összefüggésben a gyógymód hiánya, a kezelés (vélt) hatástalansága, a gyógymód mellékhatásai, valamint a nyugati terápia visszautasítása került részletes elemzésre. A betegút bármely pontján vagy attól függetlenül megjelenő KAM-használati indokok között szerepelt a kíváncsiság, az addikciókezelés és a prevenció.

A KAM-használók körében megfigyelt adatokra épült az MM-tipológia, mely a következőkből állt: immun-, táplálkozás-, ökológia-, pszichoszociális- és vitalista-hangsúlyos MM. Mindegyik MM a következő fő elemekből tevődött össze és ezek mentén került ismertetésre: világ-, társadalom-, ember-, betegség-, és egészségkép. A világkép ontológiai információt, a társadalomkép a többségi társadalom értékeivel és a biomedicinával kapcsolatos adatokat, az emberkép az ember felépítését taglaló koncepciókat, és a betegségkép, egészségkép pedig a megbetegedés és a gyógyulás folyamatára vonatkozó elképzeléseket tartalmazott.

Az eredmények tágabb analitikus kontextusban és szakirodalmi beágyazottságban kerültek elemzés alá. A kutatás eredményei MM-szintű, klinikai, szubkulturális, társadalmi és globális felosztásban kerültek értelmezésre, ám ezek a szintek csupán analitikus kategóriák, melyek a diszkusszió struktúráját képezték. A MM-ekben megjelenő diszpozíciók minden analitikus szinten megjelentek és a terápiaválasztást erőteljesen befolyásolták.

A terápiaválasztás diszpozíciókon keresztüli vizsgálata magas klinikai relevanciával bírhat. A nyugati orvoslás elutasítása sokszor súlyos betegségek kapcsán is előfordul, a beteg életét veszélyeztetve. Szimultán alkalmazott gyógymódoknál pedig esetenként destruktív terápiais interakciókhoz vezethet. Az, hogy a beteg gyakran nem tájékoztatja kezelőorvosát arról, hogy komplementer terápiát vesz igénybe, vagy netán arról, hogy megszakítja a biomedikális kezelést, komoly, az orvos-beteg kommunikációban fellelhető feszültségeket jelenít meg. A kutatás a KAM-használattal

kapcsolatos jelenségeket igyekezett feltérképezni és információt szolgáltatni a kommunikációs kihívások megválaszolására.

10. Summary

Non-conventional therapies can be employed parallel to biomedicine (complementary) or instead of biomedicine (alternative). Complementary and Alternative Medicine (CAM) is an umbrella term that comprises many non-conventional modalities; it can be defined in a myriad of ways, and distinguishing it from conventional medicine is challenging as what is considered "conventional" varies among countries and even among doctors. The legal regulation of CAM, the acceptance and integration of CAM modalities also exhibit a large degree of variation in the West.

Results of international studies on the prevalence of CAM are difficult to compare, as healthcare systems (sectors) and services supported by social security differ, CAM modalities have different degrees of accessibility, which, along with other factors, have a strong influence on CAM use. Furthermore, surveys are conducted with diverse instruments, methods, sampling considerations, and patient populations, leading to a fragmented understanding of prevalence and patient motivations regarding the use of non-conventional treatments.

Describing the average CAM user along the lines of sociodemographic variables does not provide an accurate picture; education or income, for example, are not clearly predictive of CAM use. Clinical factors (e.g.: disease type, available therapies, onset, prognosis), as well as psychological constructs (e.g.: "positive thinking", "holism" and "self-efficacy"), have also been scrutinized in relation to CAM use and significant correlations have been found. However, these constructs are defined differently by researchers using a variety of instruments, and thus they may not be measuring the same phenomenon.

Studies have also been conducted on pertinent sociocultural trends, which interpret CAM use as a manifestation of social resistance, and the proliferation of "natural remedies" as a response to the Anthropocene. An inquiry into cultural dispositions, which are socioculturally defined but interpreted and experienced individually, can provide an even deeper understanding of CAM-related phenomena.

The present exploratory research project sought to map points of entry into CAM within in the patient journey (PJ code tree) and aimed to compile and classify the dispositions involved in different lay explanatory models (EM code tree).

The possible points of entry to CAM were designated by milestones of the patient journey. In the context of the first such milestone, biomedical diagnosis, the lack of diagnosis and its potential rejection were described. Next, regarding medical consultations, unmet needs of patients, ways of losing confidence and the possible consequences of distrust were discussed. Regarding Western treatment, reasons for CAM use included not having a (n effective) conventional cure or discontinuing (or augmenting) the biomedical therapy because of its severe side effects. Finally, other reasons for employing CAM were discussed such as, curiosity, addiction treatment, and prevention, which could occur at any point in the patient journey or independently of it.

The EM-typology emerged from the data gathered among CAM users and consisted of: immune, nutrition, ecology, psychosocial and vitalist-emphatic explanatory models. Each explanatory model incorporated concepts regarding world, society, man, illness, and health. Concepts of world included ontological information, society-related concepts concerned the patient's views of majority society values and biomedicine, concepts of man dealt with the constituents of humans in general, and concepts of illness and health comprised etiology and processes of healing.

The results were placed in a broader analytical context and interpreted on a micro to macro level: the level of explanatory models was followed by clinical, subcultural, social, and global contexts. The identified cultural dispositions appeared on all analytical levels and influenced choice of therapy to a great extent.

The study of therapy choice through cultural dispositions is of significant clinical relevance. Biomedicine is often foregone even in the case of severe or life-threatening diseases, while the complementary use of non-conventional treatments, in some cases, leads to destructive therapeutic interactions. Patients frequently do not disclose to their doctor whether they are employing complementary therapies or inform them before discontinuing the biomedical treatment; this reflects acute tensions in doctor-patient communication. Present research sought to explore the phenomena associated with CAM use and to provide sufficient information to address these challenges in communication.

11. Mellékletek

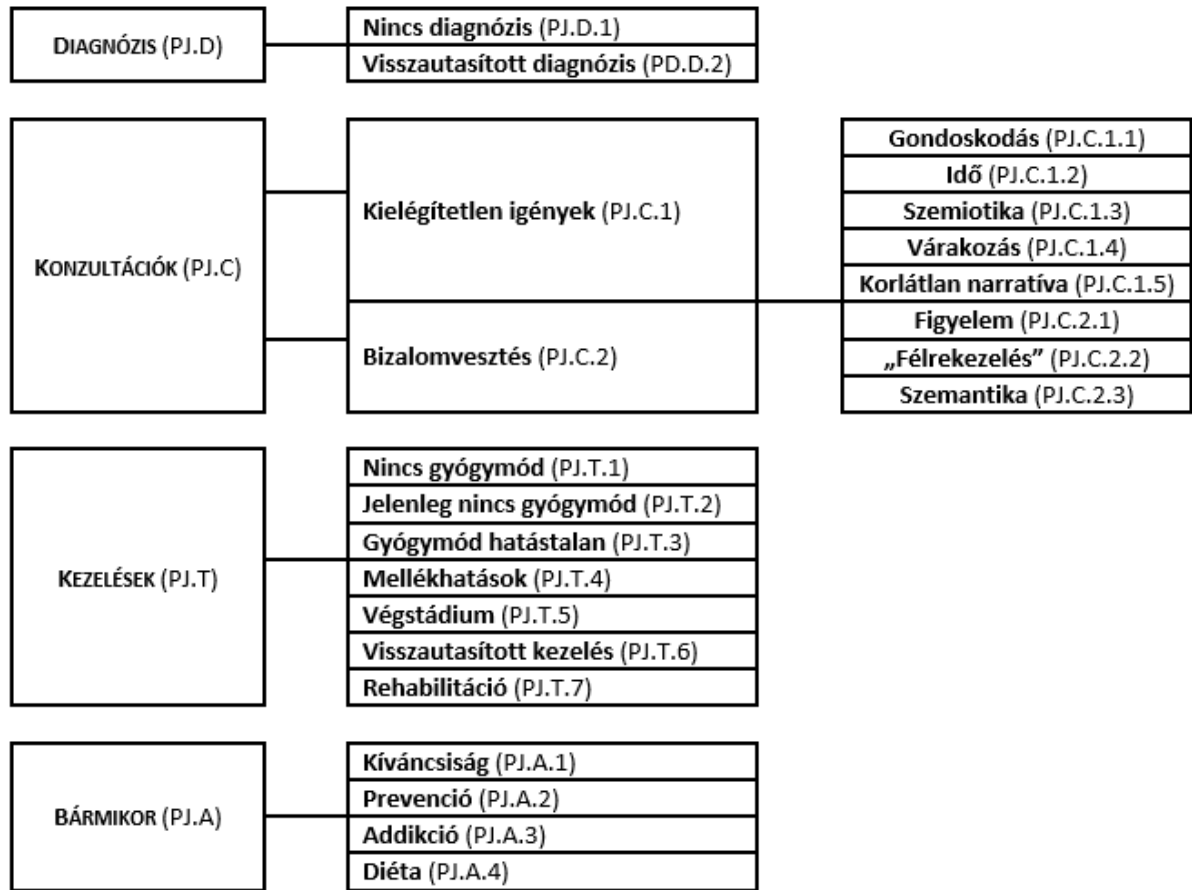
Melléklet 1: Az orvosokkal alkalmazott interjú struktúra

TÉMAKÖRÖK	ALTÉMÁK	KÉRDÉSEK
Pályaválasztás	Orvoskép	Miért választotta az orvosi pályát?
	HKO	Miért választotta a hagyományos kínai orvoslást?
	KAM	Elvégzett-e más KAM tanfolyamot/képzést? Ha igen, mit és miért?
	Keletkép	Mit jelent Önnek a Kelet? Kína? Milyen képek társulnak hozzá?
	Biomedicina	Ötvözi praxisában a biomedicinát? Ha igen, hogyan?
Betegségkép	Betegségek	Általában milyen betegségekkel szoktak Önhöz fordulni kliensek?
	Lehetséges etiológiák	Általában mi okozhat betegséget egy emberben?
	Nozológia	Van-e olyan betegség, amit csak nyugati orvoslással vagy csak KAM-mal szabad kezelni? Összeegyeztethető a HKO és a biomedicina?
Emberkép	Alkotóelemek és interakciójuk	Hogyan épül fel az ember? A testén kívül milyen más alkotóelemei vannak?
		Ezek az alkotóelemek interakcióba lépnek egymással? Ha igen, hogyan?
		Az alkotóelemek miként befolyásolják a betegséget és egészséget?
	Energiakép	Mit jelent a qi / energia?
Világkép	Ember szerepe	Mi az ember szerepe a világban? <i>(erősen narratíva-függő kérdések)</i>
	Vallási képzetek	Követ-e valamilyen vallást? Van-e valamilyen hite egy magasabb rendű lényben?
	Ember célja	Van elképzelése arról, hogy az életet miért éljük?
Társadalomkép	Értékek	Hogyan viszonyul a többségi társadalmi értékekhez? <i>(erősen narratíva-függő kérdések)</i>
Egészségkép	Egészségdefiníció	Mit jelent Önnek az egészség?
	Gyógyulás folyamata	Honnan lehet tudni, hogy a kliens gyógyul?
	Modus operandi	Hogyan működik az akupunktúra? Mi okoz gyógyulást?

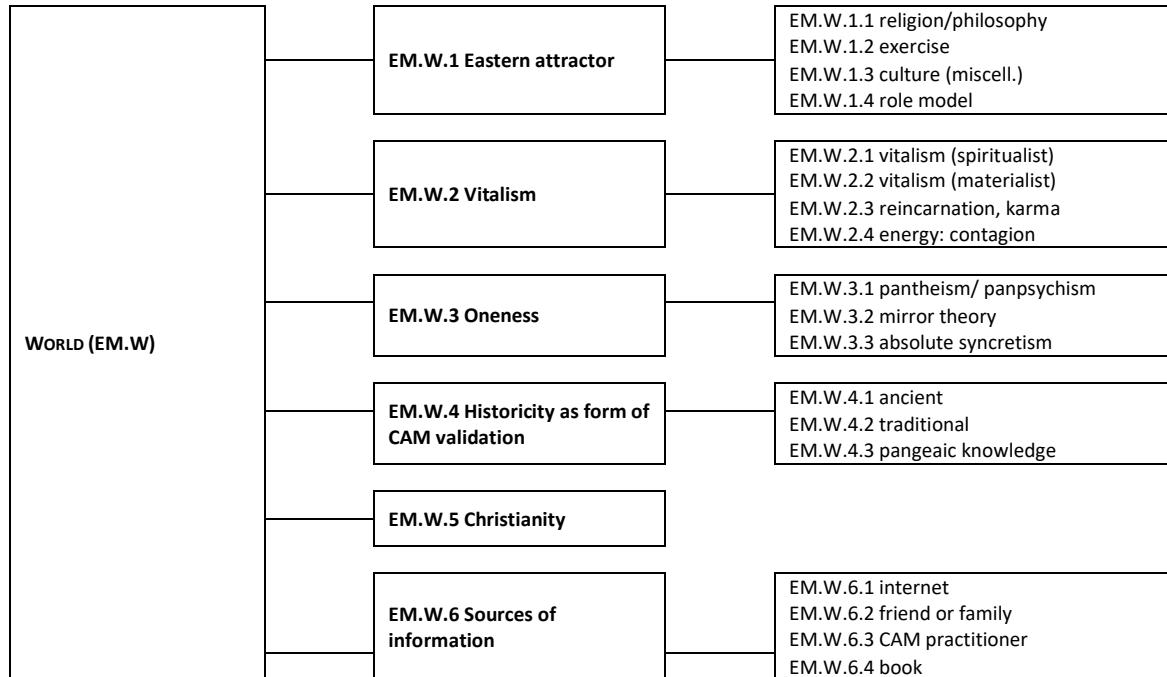
Melléklet 2: A betegekkel alkalmazott interjú struktúra

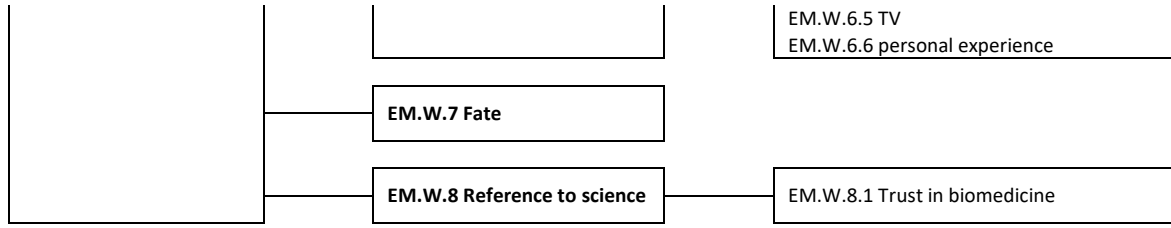
TÉMAKÖRÖK	ALTÉMÁK	KÉRDÉSEK
Betegút	Kapcsolat	Hogyan került kapcsolatba a HKO orvossal?
	KAM-használati indok	Milyen betegséggel kezelteti magát jelenleg?
	Diagnózis	Hogyan diagnosztizálták betegségét?
	Terápiaválasztás	Miért a HKO-t választotta?
	KAM-használat	Milyen egyéb KAM-mot vesz igénybe?
	Terápia hatékonysága	Hatékonyak ezek a terápiák? Honnan tudja megállapítani?
Betegségkép	Saját betegség(ek)	A nyugati orvos mit mondott, miért alakult ki ez a betegség? Ön mit gondol erről? A HKO orvos szerint mi okozta a betegséget? Ön mit gondol erről?
	Lehetséges etiológiák	Általában mi okozhat betegséget egy emberben?
	Nozológia	Van-e olyan betegség, amit csak nyugati orvoslással vagy csak KAM-mal szabad kezelni? Mi alapján lehet eldönteni, hogy milyen terápiával kezeljük egy adott betegséget?
Emberkép	Alkotóelemek és interakciójuk	Hogyan épül fel az ember? A testén kívül milyen más alkotóelemei vannak?
		Ezek az alkotóelemek interakcióba lépnek egymással? Ha igen, hogyan?
		Az alkotóelemek miként befolyásolják a betegséget és egészséget?
Világkép	Ember szerepe	Mi az ember szerepe a világban? <i>(erősen narratíva-függő kérdések)</i>
	Vallási képzetek	Követ-e valamilyen vallást? Van-e valamilyen hite egy magasabb rendű lényben?
	Ember célja	Van elképzelése arról, hogy az életet miért éljük?
Társadalomkép	Értékek	Hogyan viszonyul a többségi társadalmi értékekhez? <i>(erősen narratíva-függő kérdések)</i>
	Biomedicina	Tájékoztatja-e orvosát komplementer kezelésekről? Ha nem, miért nem? Milyen esetben és milyen gyakran találkozik kezelőorvosával?
Egészségkép	Egészségdefiníció	Mit jelent Önnek az egészség?
	Gyógyulás folyamata	Honnan lehet tudni, hogy az ember gyógyul?
	Modus operandi	Hogyan működik az akupunktúra? Mi okoz gyógyulást?

Melléklet 3: A PJ kódrendszer

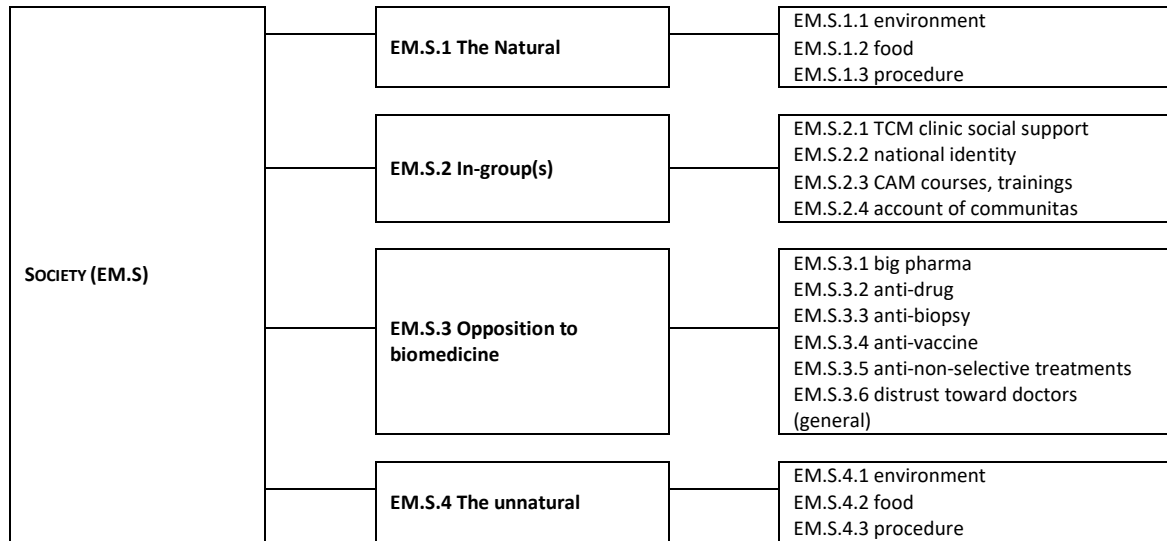


Melléklet 4: Az EM kódrendszer – A világnép főköd és a hozzá tartozó alkódok

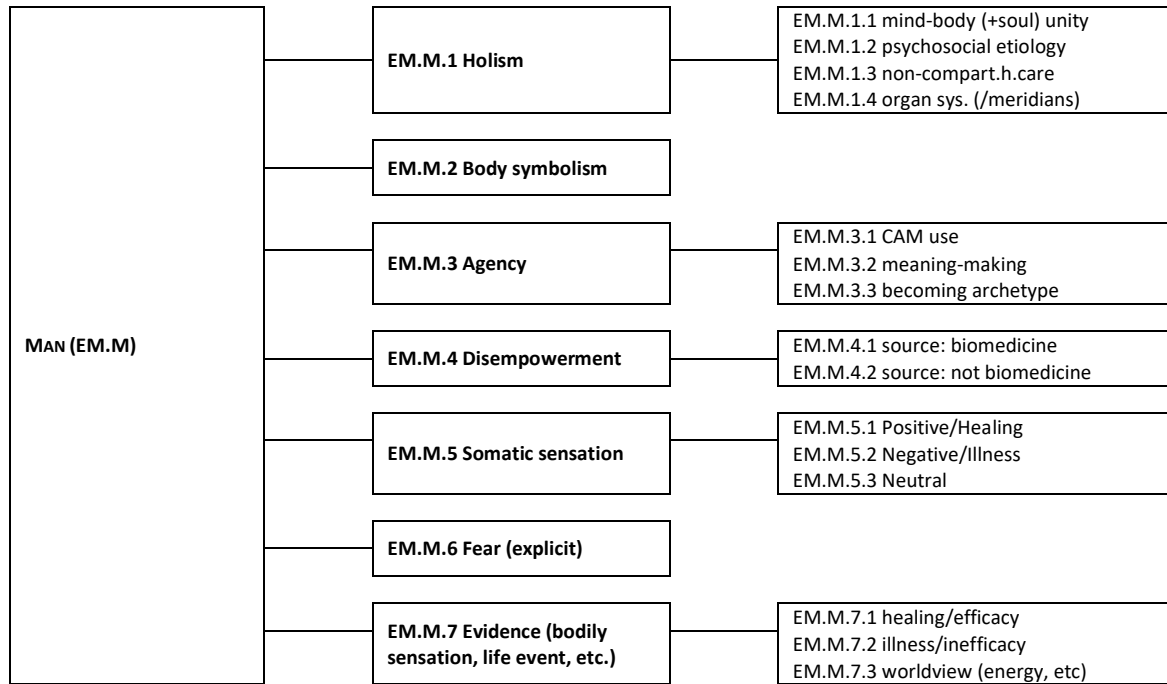




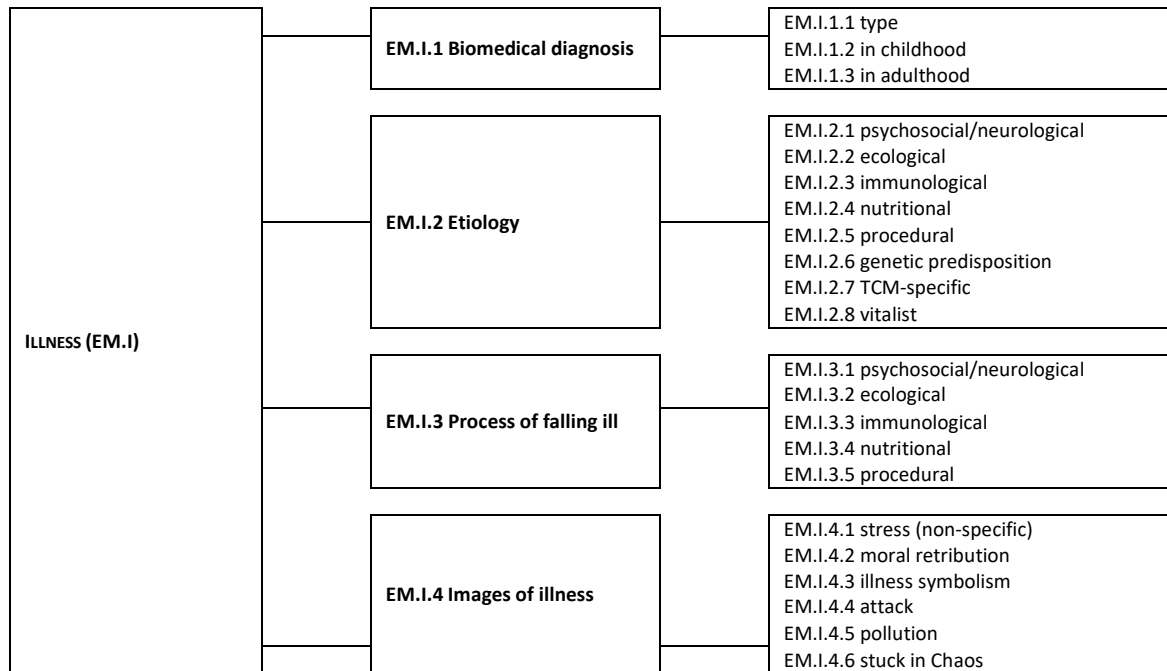
Melléklet 5: Az EM kódrendszer – A társadalomkép főkód és a hozzá tartozó alkódok

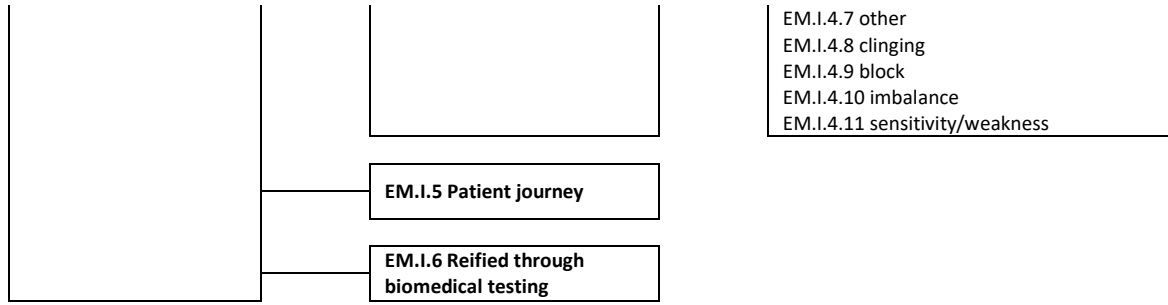


Melléklet 6: Az EM kódrendszer – Az emberkép főkód és a hozzá tartozó alkódok

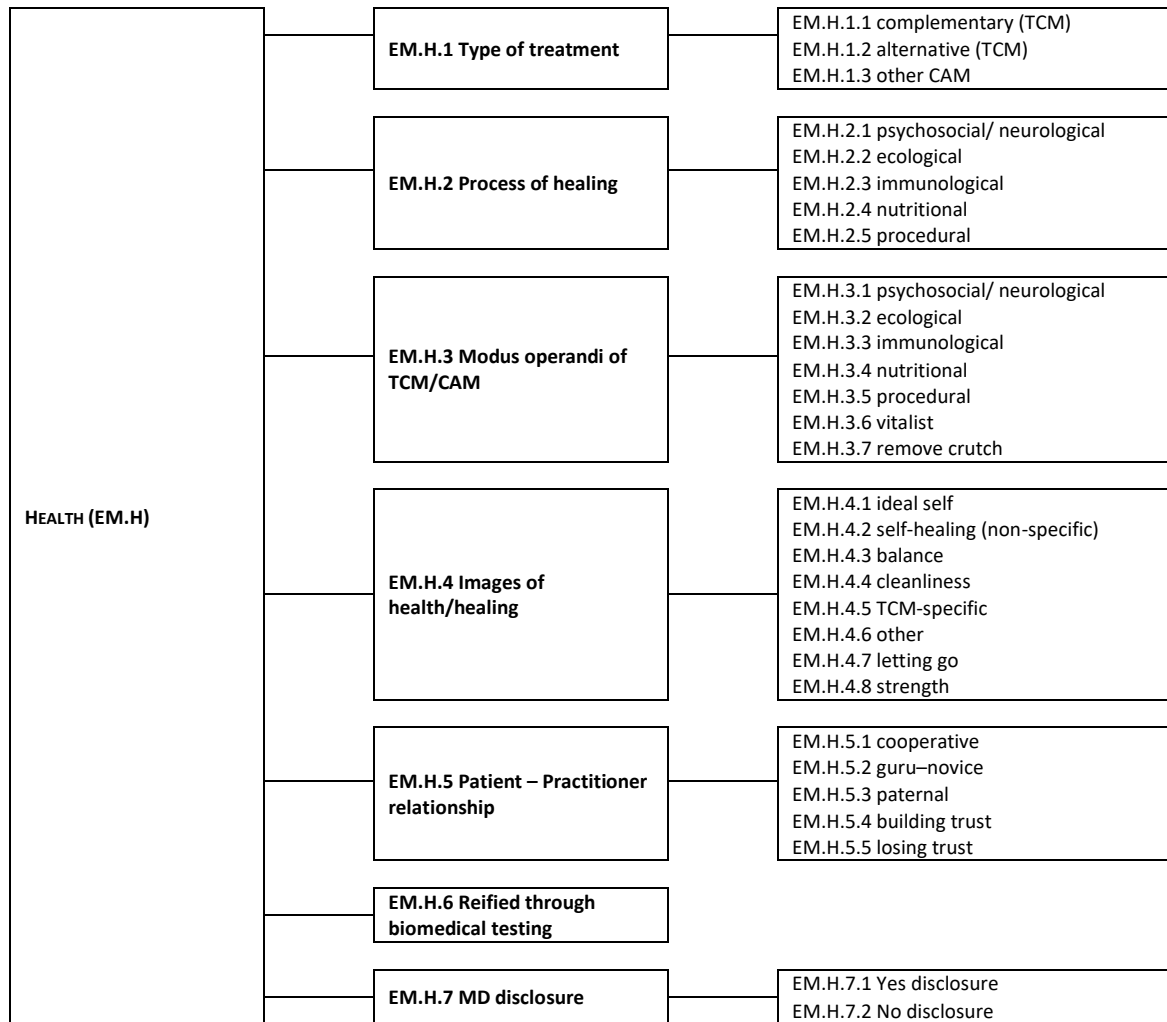


Melléklet 7: Az EM kódrendszer – A betegségkép főkérdés és a hozzá tartozó alkódok

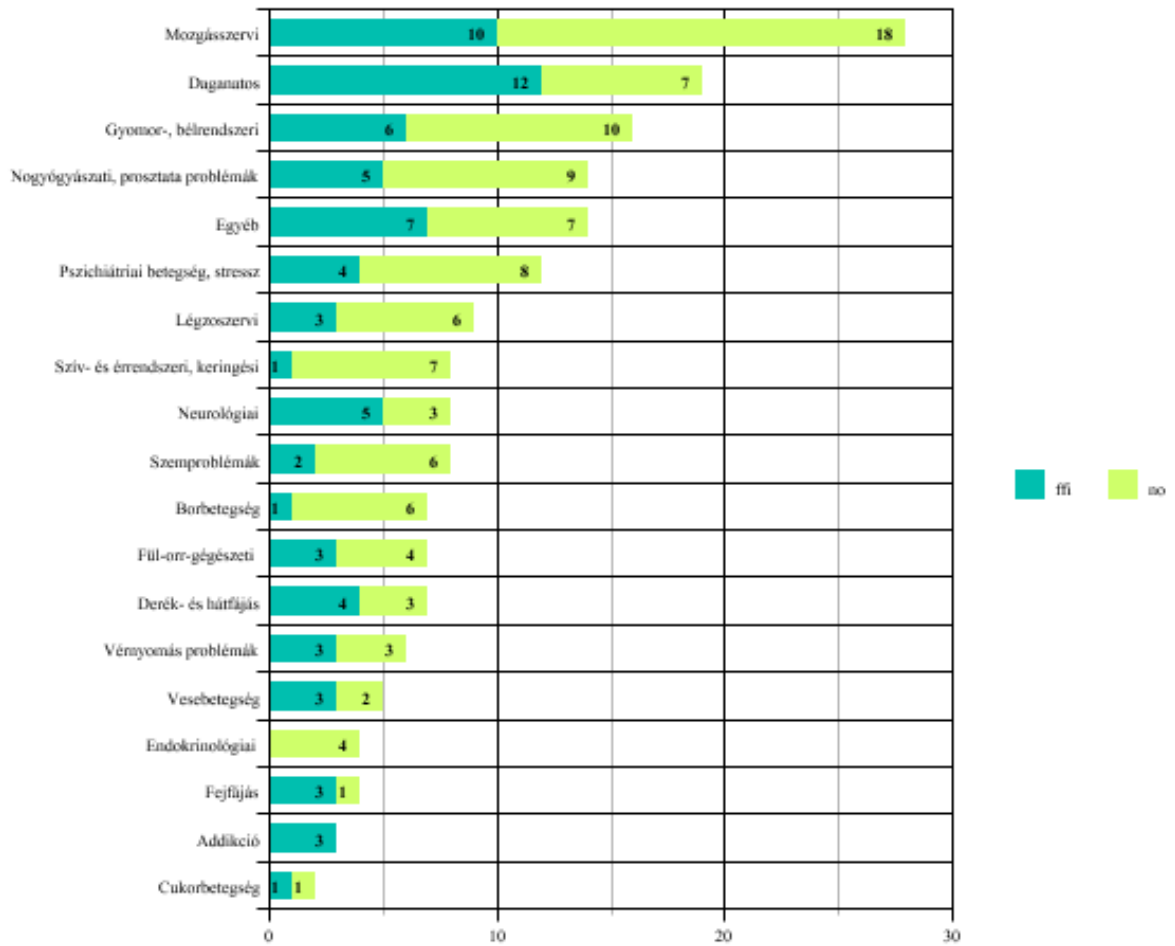




Melléklet 8: Az EM kódrendszer – Az egészségkép főkód és a hozzá tartozó alkódok



Melléklet 9: A mintában szereplő betegségek és panaszok eloszlása (N=181)



Melléklet 10: Az etnográfiai anyagban alkalmazott nozológiai rendszer

1. Bőrbetegség
2. Szív- és érrendszeri, keringési megbetegedés
3. Neurológiai megbetegedés
4. Mozgásszervi, ízületi megbetegedés
5. Rákos, daganatos megbetegedés
6. Stressz
7. Pszichiátriai betegség
8. Nőgyógyászati / Proszтата problémák
9. Légzőszervi betegség
10. Cukorbetegség
11. Endokrinológiai / hormonális betegség
12. Fül-orr-gégészeti betegség
13. Gyomor-, bélrendszeri betegség
14. Vesebetegség
15. Vérnyomás problémák
16. Szemproblémák
17. Addikció
18. Fejfájás
19. Derék- és hátfájás
20. Egyéb

12. Táblázatok és ábrák jegyzéke

Táblázat 1: A résztvevő megfigyelés részletei

Táblázat 2: Kumulatív demográfiai táblázat

Ábra 1: PJ kódok eloszlása az etnográfiai anyagban

Ábra 2: A magyarázó modell (MM) elemei és induktívan kialakított tipológiája

Ábra 3: Az etiológia-típusok eloszlása az etnográfiai adatokban

13. Irodalomjegyzék

1. McClean S, Shaw A (2005) From Schism to Continuum? The Problematic Relationship Between Expert and Lay Knowledge - An Exploratory Conceptual Synthesis of Two Qualitative Studies. *Qual Health Res* 15:729–749.
2. Elmer G, Lafferty W, Tyree P, Lind B (2007) Potential Interactions between Complementary/Alternative Products and Conventional Medicines in a Medicare Population. *Ann Pharmacother* 41:1617–1624.
3. Davis E, Oh B, Butow P, Mullan B, Clarke S (2012) Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review. *Oncologist* 17:1475–81.
4. Harris P (2012) Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pr* 66:924–939.
5. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL (2008) Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Rep* 1–23.
6. MacLennan A, Myers S, Taylor A (2006) The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. *Med J Aust* 184:27–31.
7. Hunt K, Coelho H, Wider B, Perry R, Hung S, Terry R, Ernst E (2010) Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. *Int J Clin Pr* 64:1496–1502.
8. Varga O (2007) A természetgyógyászat integrációja a modern medicinába, különös tekintettel az orvosképzésre és a hazai jogi szabályozásra. PhD-értekezés. Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet.
9. A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztályának állásfoglalása (2011) Komplementer medicina – A bizonyítékokon alapuló orvoslás elvei alapján. *Ideggyógy Sz* 64:409–416.
10. Thorne S, Paterson B, Russell C, Schultz A (2002) Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making. *Int J Nurs Stud* 39:671–683.
11. Tindle H, Davis R, Phillips R, Eisenberg D (2005) Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med* 11:42–49.
12. Bishop F, Yardley L, Lewith G (2010) Why consumers maintain complementary and alternative medicine use: a qualitative study. *J Complement Altern Med* 16:175–182.

13. Zörgő S, Györffy Z (2016) Gyógyítók a komplementer és alternatív medicináról – kvalitatív elemzés eredményei alapján. *LAM* 26:421–428.
14. Helman C. *Culture, health and illness*. Butterworth-Heinemann, Oxford, 1994.
15. Select Committee on Science and Technology (2000) *Complementary and Alternative Medicine*. House of Lords, Parliament of United Kingdom.
16. Sharma U. *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. Routledge, London, 1992.
17. Buda L. Alternatívák keresése az egészségügyben. Komplementer medicina. In: *Egészségpszichológia a gyakorlatban.*, Kállai J, Varga J, Oláh A. (szerk.). Medicina könyvkiadó, Budapest, 2014:87–111.
18. Eisenberg, D, Kessler R, Foster C, Norlock F, Calkins D, Delbanco T (1993) Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med* 328:246–252.
19. Pikó B (2015) Tudományos orvoslás és komplementer medicina: Kibékíthetetlen ellentétek vagy egymást támogató rendszerek? *LAM* 25:381–386.
20. Bánfalvi A (2010) Végtelen történet? *LAM* 20:542–543.
21. Wieland L, Manheimer E, Berman B (2011) Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane collaboration. *Altern Ther Health Med* 17:50–59.
22. Frass M, Strassl R, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye A (2012) Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner J* 12:45–56.
23. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott J, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S (2005) Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 16:655–663.
24. Thomas K, Nicholl J, Coleman P (2001) Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med* 9:2–11.
25. Clarke T, Black L, Stussman B, Barnes P, Nahin R (2015) Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National health statistics reports*. National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
26. Ernst E (2000) Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ* 78.
27. Arthur K, Belliard J, Hardin S, Knecht K, Chen C, Montgomery S (2012) Practices, Attitudes, and Beliefs associated with Complementary and Alternative Medicine (CAM) use among Cancer Patients. *Integr Cancer Ther* 11:232–242.

28. Eardley S, Bishop F, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, Vas J, von Ammon K, Hegyi G, Dragan S, Uehleke B, Fønnebø V, Lewith G (2012) A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forsch Komplementmed* 19(Suppl 2):18–28.
29. Yarney J, Donkor A, Opoku S, Yarney L, Agyeman-Duah I, Abakah A, Asampong E (2013) Characteristics of users and implications for the use of complementary and alternative medicine in Ghanaian cancer patients undergoing radiotherapy and chemotherapy: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med* 13:16.
30. Goldstein M (2002) The Emerging Socioeconomic and Political Support for Alternative Medicine in the United States. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 583:44–63.
31. Gooren H (2004) An Introduction to Pentecostalism: Global Charismatic Christianity. *Ars Disput* 4:206–209.
32. Bonjour B (2004) The current tendencies of the Wesleyan-Holiness Movement and the growth of Pentecostal Charismatic Christianity. *Am J Polit Sci* 7:255–264.
33. Johnson T (2009) The Global Demographics of the Pentecostal and Charismatic Renewal. *Society* 46:479–483.
34. Robbins J (2004) The globalization of Pentecostal and Charismatic Christianity. *Annu Rev Anthropol* 33:117–43.
35. Hlubocky F, Ratain M, Wen M, Daugherty C (2007) Complementary and alternative medicine among advanced cancer patients enrolled on phase I trials: a study of prognosis, quality of life, and preferences for decision making. *J Clin Oncol* 25:548–554.
36. Lövgren M, Wilde-Larsson B, Hök J, Leveälähti H, Tishelman C (2011) Push or pull? Relationships between lung cancer patients' perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine. *Eur J Oncol Nurs* 15:311–317.
37. Lakatos L, Czeglédi Z, Dávid G, Kispál Z, Kiss L, Palatka K, Kristóf T, Molnár T, Salamon Á, Demeter P, Miheller P, Szamosi T, Banai J, Papp M, Bene L, Kovács Á, Rác I, Lakatos P (2015) A terápiás adherencia, valamint a komplementer és alternatív gyógymódok használata a gyulladással járó bélbetegségek kezelésében. *Orv Hetil* 151:250–258.
38. Soós S, Jeszenői N, Darvas K, Harsányi L (2016) Nem konvencionális gyógymódok használata sebészeti betegek között. *Orv Hetil* 157:1483–1488.
39. Bishop F, Lewith G (2010) Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM Use. *Evid Based Complement Altern Med* 7:11–28.

40. Hasan S, See C, Choong C, Ahmed S, Ahmadi K, Anwar M (2010) Reasons, perceived efficacy, and factors associated with complementary and alternative medicine use among Malaysian patients with HIV/AIDS. *J Altern Complement Med* 16:1171–1176.
41. Buda L, Lampek K, Tahin T. Demographic background and health status of users of alternative medicine: a Hungarian example. In: *Multiple medical realities: patients and healers in biomedical, alternative, and traditional medicine.*, Johannessen H, Lázár I. (szerk.). Berghahn Books, 2006:21–34.
42. Ong C, Bodeker G, Grundy C, Burford G, Shein K (2005) WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine. WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan.
43. Hegyi G, Fonnebo V, Falkenberg T, Hok J, Wiesner S (2013) A komplementer medicina jogállása és szabályozása Európában. *LAM* 23:350–363.
44. Varga O (2007) Mondd, te kit választanál? *LAM* 17:368–370.
45. Oravecz M, Mészáros J, Funian Y, Horváth I (2014) A hagyományos kínai orvoslás magyarországi szabályozásának egyes problémái és lehetséges megoldásai az Egyesült Királyság példáján keresztül. *Orv Hetil* 155:575–581.
46. Oravecz M (2018) A kínai orvoslás magyarországi oktatásának vizsgálata a képzések tanterveinek összehasonlításával. *Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola.*
47. Balassa I, Ortutay G. *Magyar Néprajz.* Corvina Kiadó, Budapest, 1979:556–557, 639–641, 643–647.
48. Oláh A. *Új Hold, új király! A magyar népi orvoslás életrajza.* Gondolat, Budapest, 1986.
49. Nagy G, Hunfalvy P, Vámbéry Á, Reguly A. *A finnugor őshaza nyomában.* Gondolat, Budapest, 1973.
50. Ashcroft R, Van Katwyk T (2016) An Examination of the Biomedical Paradigm: A View of Social Work. *Soc Work Public Health* 31:140–152.
51. Kleinman A. What is Specific to Biomedicine? In: *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine.*, Kleinman, A (szerk.). University of California Press, Berkeley, 1995:21–40.
52. Buda L (2004) Az alternatív medicina tudományos orvosláshoz való viszonyának, társadalmi-lélektani, egészség-szociológiai háttérének elemzése és az egészségügyi ellátásban betöltött szerepének komplex empirikus vizsgálata. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar.

53. Szántó Z (2005) PhD értekezés. Az egészséggel kapcsolatos életstílus: betegviselkedés és egészségviselkedés. Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet.
54. Váradi H (2016) A homeopátia magyarországi története. *Magy Orv* 10:36–37.
55. Lüse A, Lázár I. Introduction. In: *Cosmologies of suffering: post-communist transformation, sacral communication, and healing.*, Lüse, A and Lázár I (szerk.). Cambridge scholars publishing, Newcastle, UK, 2007:1–34.
56. Lázár I. Táltos healers, neoshamans and multiple medical realities in postsocialist Hungary. In: *Multiple Medical Realities: Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine.*, Johannessen H és Lázár I (szerk.). Berghahn Books, New York, Oxford, 2006:35-53.
57. Soós S, Jeszenői N, Darvas K, Harsányi L (2017) Komplementer terápiás gyógymódok megítélése a perioperatív ellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók között. *Orv Hetil* 158:368–375.
58. Soós S, Eöry A, Eöry A, Harsányi L, Kalabay L (2015) Nem-konvencionális gyógymódok a házi orvos szemszögéből. *Orv Hetil* 156:1133–1139.
59. Sárváry A, Hajdúné Demcsák L, Radó S, Sárváry A (2015) Ápoló hallgatók komplementer medicinával kapcsolatos attitűdje, tudása és tapasztalata. *Nővér* 28:1–40.
60. Zörgő S, Purebl G, Zana Á (2016) A komplementer és alternatív medicina felé orientálódó terápiaválasztást meghatározó tényezők. *Orv Hetil* 157:584–592.
61. Danó A (2013) Szabad az út a kínai orvosoknak. *Népszabads.* Online.
62. Gáti J (2014) Virágozzék száz virág? Egészségügyi nyitás Keletre. *HVG* 36:6–9.
63. Hanula Z (2016) Magyarország nem hisz az orvostudománynak. [Index.hu](http://index.hu).
64. Faith J, Thorburn S, Tippens K (2013) Examining CAM use disclosure using the behavioral model of health services use. *Complement Ther Med* 21:501–508.
65. Astin J (1998) Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 279:1548–1553.
66. Stratton T, McGivern-Snofsky J (2008) Toward a sociological understanding of complementary and alternative medicine use. *J Altern Complement Med* 14:777–783.
67. Garro L (1998) On the rationality of decision-making studies: Part 1: Decision models of treatment choice. *Med Anthr Q* 12:319–340.
68. Vincent C, Furnham A (1997) The perceived efficacy of complementary and orthodox medicine: a replication. *Complement Ther Med* 5:85–89.

69. Furnham A (1994) Explaining health and illness: lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery. *Soc Sci Med* 39:715–725.
70. Szántó Z (1995) Orvostudomány és természetgyógyászat. *Végeken* 1:17–21.
71. Knoll A (2004) The reawakening of complementary and alternative medicine at the turn of the twenty-first century: filling the void in conventional biomedicine. *J Contemp Health Law Policy* 20:329–366.
72. Kelner M, Wellman B (1997) Health care and consumer choice: medical and alternative therapies. *Soc Sci Med* 45:203–212.
73. McLaughlin D, Lui C, Adams J (2012) Complementary and alternative medicine use among older Australian women – a qualitative analysis. *BMC Complement Altern Med* 12.
74. Bahall M (2015) Complementary and alternative medicine usage among cardiac patients: a descriptive study. *BMC Complement Altern Med* 15.
75. Furnham A, Vincent C. Reasons for using CAM. In: *Complementary and alternative medicine: challenge and change.*, Kelner M, Wellman B, Pescosolido B, Saks M (szerk.). Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 2000:61–78.
76. Pawluch D, Cain R, Gillett J (2000) Lay constructions of HIV and complementary therapy use. *Soc Sci Med* 51:251–264.
77. Stevinson C, Ernst E. Why patients use complementary and alternative medicine. In: *The desktop guide to complementary and alternative medicine – an evidence-based approach.*, Ernst E, Pittler MH, Wider B (szerk.). Mosby Elsevier Ltd, London, 2006:501–510.
78. Foote-Ardah C (2003) The meaning of complementary and alternative medicine practices among people with HIV in the United States: strategies for managing everyday life. *Sociol Health Illn* 25:481–500.
79. Thomson P, Jones J, Browne M, Leslie S (2014) Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: A population based study. *Complement Ther Clin Pract* 20:302–310.
80. Siahpush M (1999) Postmodern attitudes about health: a population-based exploratory study. *Complement Ther Med* 7:164–169.
81. Bishop F, Yardley L, Lewith G (2007) A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine. *J Health Psychol* 12:851–867.
82. Vincent C, Furnham A (1996) Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *Br J Clin Psychol* 35:37–48.

83. Saher M, Lindeman M (2005) Alternative medicine: A psychological perspective. *Personal Individ Differ* 39:1169–1178.
84. O’Callaghan F, Jordan N (2003) Postmodern values, attitudes and the use of complementary medicine. *Complement Ther Med* 11:28–32.
85. Connor L (2004) Relief, risk and renewal: mixed therapy regimens in an Australian suburb. *Soc Sci Med* 59:1695–1705.
86. Buettner C, Kroenke C, Phillips R, Davis R, Eisenberg D, Holmes M (2006) Correlates of use of different types of complementary and alternative medicine by breast cancer survivors in the nurses’ health study. *Breast Cancer Res Treat* 100:219–227.
87. van Tonder E, Herselman M, Visser J (2009) The prevalence of dietary-related complementary and alternative therapies and their perceived usefulness among cancer patients. *J Hum Nutr Diet* 22:528–535.
88. Myers C, Jacobsen P, Huang Y, Frost M, Patten C, Cerhan J, Sellers T (2008) Familial and perceived risk of breast cancer in relation to use of complementary medicine. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 17:1527–1534.
89. Scheier M, Carver C (1985) Optimism, coping, and health - assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 4:219–247.
90. Deng G (2008) Integrative cancer care in a US academic cancer centre: the Memorial Sloan–Kettering experience. *Curr Oncol* 15:S68–S71.
91. Kaptchuk T, Edwards R, Eisenberg D. Complementary medicine – efficacy beyond the placebo effect. In: *Complementary medicine: an objective appraisal.*, Ernst, E (szerk.). Butterworth Heinemann, Oxford, England, 1996:42–70.
92. Bann C, Sirois F, Walsh E (2010) Provider Support in Complementary and Alternative Medicine: Exploring the Role of Patient Empowerment. *J Altern Complement Med* 16:745–752.
93. Crocetti E, Crotti N, Feltrin A, Ponton P, Geddes M, Buiatti E (1998) The use of complementary therapies by breast cancer patients attending conventional treatment. *Eur J Cancer* 34:324–328.
94. Singh H, Maskarinec G, Shumay D (2005) Understanding the motivation for conventional and complementary/alternative medicine use among men with prostate cancer. *Integr Cancer Ther* 4:187–194.
95. Eliason B, Huebner J, Marchand L (1999) What physicians can learn from consumers of dietary supplements. *J Fam Pract* 48:459–463.
96. Schützler L, Witt C (2014) Internal health locus of control in users of complementary and alternative medicine: a cross-sectional survey. *BMC Complement Altern Med* 14.

97. Sasagawa M, Martzen M, Kelleher W, Wenner C (2008) Positive correlation between the use of complementary and alternative medicine and internal health locus of control. *Explore* 4:38–41.
98. Tokuda Y, Takahashi O, Ohde S, Ogata H, Yanai H, Shimbo T, Fukuhara S, Hinohara S, Fukui T (2007) Health locus of control and use of conventional and alternative care: a cohort study. *Br J Gen Pract* 57:643–649.
99. Thompson C (2003) Natural health discourses and the therapeutic production of consumer resistance. *Sociol Q* 44:81–107.
100. Smith B, Dalen J, Wiggins K, Christopher P, Bernard J, Shelley B (2008) Who is willing to use complementary and alternative medicine? *Explore-J Sci Heal* 4:359–367.
101. Barrett B, Marchand L, Scheder J, Plane M, Maberry R, Appelbaum D, Rakel D, Rabago D (2003) Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *J Altern Complement Med* 9:937–947.
102. Maskarinec G, Gotay C, Tatsumura Y, Shumay D, Kakai H (2001) Perceived cancer causes: use of complementary and alternative therapy. *Cancer Pr* 9:183–190.
103. Pikó B (2013) Az orvosi antropológiától a kulturális orvoslásig. *LAM* 23:156–160.
104. Geertz C. *Az értelmezés hatalma*. Osiris Kiadó, Budapest, 2001:72-118.
105. Herzlich C. Modern medicine and the quest for meaning. Illness as a social signifier. In: *The meaning of illness.*, Augé M, Herzlich C (szerk.). Harwood Academic Publishers, 1995:151–173.
106. Sontag S. *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux, New York, 1978.
107. Köteles F (2014) A Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőív magyar változatának (HCAMQ-H) pszichometriai vizsgálata. *Mentálhig és Pszichoszomatika* 15:49–65.
108. Pierret J (2003) The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. *Sociol Health Illn* 25:4–22.
109. Frank A (1993) *The Rhetoric of Self-Change: Illness Experience as Narrative*. *Sociol Q* 34:39–52.
110. Eliade M. *Cosmos and History: the Myth of the Eternal Return*. Harper and Brothers, New York, 1959.
111. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley, 1980.

112. Weber M. Vallásszociológia. Helikon Kiadó, Budapest, 2005:171-182.
113. Good B, Delvecchio Good M. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: *The Relevance of Social Science for Medicine*, L. Eisenberg, A. Kleinman (szerk.). D. Reidel Publishing Company, Boston, 1980:165–196.
114. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Free Press, New York, NY, 1988.
115. Robbins J, Kirmayer L (1991) Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med* 21:1029–1045.
116. Fitzpatrick R. Lay concepts of illness. In: *Perspectives in Medical Sociology.*, Brown, P (szerk.). Waveland Press, Prospect Heights, IL, 1989:254–267.
117. David M, Alpheus M, Kentenich H (2017) Patients' beliefs about the causes of myomas: a pilot study from a large European city. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 38:301–309.
118. Buus N, Johannessen H, Bjerregaard Stage K (2012) Explanatory models of depression and treatment adherence to antidepressant medication: A qualitative interview study. *Int J Nurs Stud* 49:1220–1229.
119. Corrigan P, Kerr A, Knudsen L (2005) The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol* 11:179–190.
120. Garro L (2000) Cultural meaning, explanations of illness, and the development of comparative frameworks. *Ethnology* 39:305–333.
121. Murdock G. *Theories of illness: A world survey*. University of Pittsburgh Press., Pittsburgh, PA, 1980.
122. King J (1983) Illness attributions and the health belief model. *Health Educ Q* 10:287–312.
123. Janz N, Becker M (1984) The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Educ Behav* 11:1–47.
124. Kincsesné Vajda B (2014) Általános egészséghit skála validálása, valamint szegmentálás annak dimenziói és a koherenciaérzet alapján. *Magy Pszichol Szle* 69:469–493.
125. Ajzen I (1991) The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 50:179–211.
126. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T (2012) Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *Psychosoc Med* 9.

127. Upchurch D, Wexler Rainisch B (2013) A Sociobehavioral Model of Use of Complementary and Alternative Medicine Providers, Products, and Practices: Findings From the 2007 National Health Interview Survey. *J Evid-Based Complement Altern Med* 18:100–107.
128. Leventhal H, Phillips L, Burns E (2016) The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med* 39:935–946.
129. Leventhal H, Diefenbach M (1992) Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cogn Ther Res* 16:143–163.
130. Pescosolido B (1992) Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *Am J Sociol* 97:1096–1138.
131. Fox N. Postmodernism, sociology and health. University of Toronto Press, Toronto and Buffalo, 1994.
132. Babbie E. *The Practice of Social Research*. Wadsworth, Belmont, 2007.
133. Zörgő S (2017) Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez. *LAM* 27:418–426.
134. Malterud K (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358:483–8.
135. Green J, Britten N (1998) Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 316:1230–2.
136. Chapple A, Rogers A (1998) Explicit guidelines for qualitative research: a step in the right direction, a defence of the ‘soft’ option, or a form of sociological imperialism? *Fam Pr* 15:556–61.
137. Eriksen T. *Small places, large issues: An introduction to social and cultural anthropology*. Pluto Press, London, 2001:294-311.
138. Giorgi A (1986) The role of observation and control in laboratory and field research settings. *Phenomenol Pedagogy* 4:22–8.
139. Spradley J, Baker K. *Participant Observation*. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1980.
140. Smith J, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In: *Qualitative psychology: A practical guide to research methods.*, Smith, JA (szerk.). Sage Publications, London, 2008:53–80
141. Leder D (1990) Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med* 11:9–24.

142. Ryle G. *The concept of mind*. Routledge, New York, 2009.
143. Berger P, Luckmann T. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Anchor Books, Garden City, NY, 1966.
144. Headland T, Pike K, Harris M. *Emics and Etics: The Insider/Outsider Debate*. Sage Publications, Newbury Park, 1990.
145. Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, Thousand Oaks, 2000.
146. Morrow K, Vargas S, Rosen R, Christensen A, Salomon L, Shulman L, Barroso C, Fava J (2007) The Utility of Non-proportional Quota Sampling for Recruiting At-risk Women for Microbicide Research. *AIDS Behav* 11:586–595.
147. Hall E. *The hidden dimension*. Anchor Books, Garden City, NY, 1966.
148. Giacomini M, Cook D (2000) Users' guides to the medical literature, XXIII: qualitative research in health care—Are the results of the study valid? *JAM* 284:357–62.
149. Szokolszky A. *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest, 2004.
150. Brown J, Stewart M. *Evaluating Qualitative Research*. In: *Information mastery: Evidence-based family medicine.*, Rosser W, Slawson DC, Shaughnessy AF (szerk). BC Decker, London, 2004:129-132.
151. Rácz J, Kassai S, Pintér J (2016) Az Interpretatív Fenomenológiai Analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. *Magy Pszichol Szle* 71:313–36.
152. Mikaelsson L (2013) New Age and the spirit of capitalism: energy as cognitive currency. In: *New age spirituality: rethinking religion*, Sutcliffe SJ, Gilhus IS (szerk.). Acumen Publishing, pp 160–173.
153. Furnham A, Smith C (1988) Choosing alternative medicine: a comparison of the beliefs of patients visiting a general practitioner and a homeopath. *Soc Sci Med* 26:685–89.
154. Cant S, Sharma U. *Alternative Health Practices and Systems*. In: *Handbook of Social Studies in Health and Medicine.*, Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC. (szerk.). Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2000:426–437.
155. Dunn T, Bratman S (2016) On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* 21:11–7.
156. Szántó Z, Susánszky É, Rózsa S (2002) “Az egészségemért felelős vagyok, a betegségemért nem” Laikus betegségmagyarázatok. *LAM* 12:584–588.
157. Köteles F, Bárány E, Varsányi P, Bárdos G (2012) Are modern health worries associated with somatosensory amplification, environmental attribution style, and

- commitment to complementary and alternative medicine? *Scand J Psychol* 53:144–149.
158. Tóth T, Remete S, Filep N, Mészáros A, Siti J, Várfi A (2014) E-páciens: barát vagy ellenség? Egészséggel kapcsolatos internetezési szokások Magyarországon. *Interdiszciplináris Magy Eü* 13:49–54.
 159. Molnár R, Sági Z, Fejes Z, Törőcsik K, Köves B, Paulik E (2017) Egészségügyi információszerzés módjai szakrendelésen megjelent betegpopuláció körében. *Metszetek* 6.
 160. Pariser E. *The filter bubble: What the internet is hiding from you*. Penguin Press, New York, 2011.
 161. Schmidt A, Zollo F, Del Vicario M, Bessi A, Scala A, Caldarelli G, Stanley H, Quattrociocchi W (2017) Anatomy of news consumption on Facebook. *Proc Natl Acad Sci USA* 114:3035–3039.
 162. Nickerson R (1998) Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Rev Gen Psychol* 2:175–220.
 163. Landrum A, Lull R, Akin H, Hasell A, Jamieson K (2017) Processing the papal encyclical through perceptual filters: Pope Francis, identity-protective cognition, and climate change concern. *Cognition* 166:1–12.
 164. Kahan D, Landrum A. A Tale of Two Vaccines - And their Science Communication Environments. In: *The Oxford Handbook of the Science of Science Communication.*, KH Jamieson, DM Kahan, DA Scheufele (szerk.). Oxford University Press, 2017:165-172.
 165. Larson H, Jarrett C, Eckersberger E, Smith D, Paterson P (2014) Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine* 32:2150–2159.
 166. Arnault D (2009) Cultural Determinants of Help Seeking: A model for research and practice. *Res Theory Nurs Pr* 23:259–278.
 167. Leventhal H, Brissette I, Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour.*, Cameron LD, Leventhal H (szerk.). 2003:42–65.
 168. Losonczy Á. *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít.* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1989.
 169. Zörgő S, Olivás Hernández O (2018) Patient Journeys of Nonintegration in Hungary: A Qualitative Study of Possible Reasons for Considering Medical Modalities as Mutually Exclusive. *Integr Cancer Ther* 17:1270–1284.

170. Zörgő S, Purebl G, Zana Á (2018) A Qualitative Study of Culturally Embedded Factors in Complementary and Alternative Medicine Use. *BMC Complement Altern Med*.
171. Yardley L, Lewith G (2008) Treatment appraisals and beliefs predict adherence to complementary therapies: A prospective study using a dynamic extended self-regulation model. *Br J Health Psychol* 13:701–718.
172. Csordas T. *The sacred self: a cultural phenomenology of charismatic healing*. University of California Press, Berkeley, 1997.
173. Andrews S. New Age. In: *Am. Countercultures Encycl. Nonconformists Altern. Lifestyles Radic. Ideas US Hist.* 2. 2013:721–724.
174. Gaal I (2016) Az internet hatása az orvos–beteg viszonyra. *Orv Hetil* 157:680–684.
175. Baer H (2003) The Work of Andrew Weil and Deepak Chopra-Two Holistic Health/New Age Gurus: A Critique of the Holistic Health/New Age Movements. *Med Anthropol Q* 17:233–250.
176. Coulter I, Willis E (2004) The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *Med J Aust* 180:587–9.
177. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 27:1361–7.
178. Vajda B, Horváth S, Málovics É (2012) Közös döntéshozatal mint innováció az orvos-beteg kommunikációban. In: *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság.*, Bajmócy Z, Lengyel I, Málovics Gy (szerk.). JATEPress, Szeged.
179. Bánfalvi A (2007) Medicina: hajó a kultúra tengerén. *LAM* 17:498–499.
180. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press, Stanford, CA, 1962.
181. Chrisman N, Kleinman A. Popular health care, social networks and cultural meaning: the orientation of medical anthropology. In: *Handbook of health, health care and the health professionals.*, Mechanic D (szerk.). The Free Press, New York, 1993:569–590.
182. Kleinman A, Eisenberg L, Good B (1978) Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med* 88:251–258.
183. Yates J, Mustian K, Morrow G, Gillies L, Padmanaban D, Atkins J, Issell B, Kirshner J, Colman L (2005) Prevalence of complementary and alternative

- medicine use in cancer patients during treatment. *Support Care Cancer* 13:806–11.
184. Robinson A, McGrail M (2004) Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med* 12:90–8.
 185. Eisenberg D, Davis R, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler R (1998) Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 280:1569–1575.
 186. Adler S, Fosket J (1999) Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter: a qualitative study in women with breast cancer. *J Fam Pr* 48:453–8.
 187. Sarason I, Levine H, Basham R, Sarason B (1983) Assessing social support. The social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 44:127–139.
 188. Crapanzano V. *The Hamadsha: A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*. University of California Press, Berkeley, 1973:159.
 189. Turner V. *A rituális folyamat*. Osiris Kiadó, Budapest, 2002.
 190. Zsinkó-Szabó Z (2014) Beavatási jelenségek az orvossá válás során. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
 191. Shore B (1991) Twice-Born, Once Conceived: Meaning Construction and Cultural Cognition. *Am Anthropol* 93:9–27.
 192. Csordas T (1988) Elements of Charismatic Persuasion and Healing. *Med Anthropol Q* 2:121–142.
 193. Kleinman A, Sung L (1979) Why do indigenous practitioners successfully heal? *Soc Sci Med B*:7–26.
 194. Bakx K (1991) The “eclipse” of folk medicine in western society. *Sociol Health Illn* 13.
 195. Winnick T (2005) From Quackery to “Complementary” Medicine: The American Medical Profession Confronts Alternative Therapies. *Soc Probl* 52:38–61.
 196. Lafferty W, Tyree P, Bellas A, Watts C, Lind B, Sherman K, Cherkin D, Grembowski D (2006) Insurance Coverage and Subsequent Utilization of Complementary and Alternative Medical (CAM) Providers. *Am J Manag Care* 12:397–404.
 197. Nahin R, Barnes P, Stussman B (2016) Expenditures on complementary health approaches: United States, 2012. National Center for Health Statistics., Hyattsville, MD.

198. Hoch D, Ferguson T (2005) What I've Learned from E-Patients. *PLoS Med* 2:e206.
199. Sziva I, Hargittai M, Kincses G, Simor R (2012). *Interdiszciplináris Magy Eü* 11.
200. Szántó Z, Susánszky É. *Orvosi szociológia.*, Szántó Z, Susánszky É (szerk.). Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.
201. Kopelman L, Moskop J (1981) The holistic health movement: a survey and critique. *J Med Philos* 6:209–35.
202. Lázár I. *Orvosi antropológia.*, Lázár I, Pikó B. (szerk.). Medicina könyvkiadó, Budapest, 2012.
203. Goldstein M (2003) Complementary and Alternative Medicine. *J Psychosoc Oncol* 21:1–21.
204. Vanderpool H (1985) The holistic hodgepodge: A critical analysis of holistic medicine and health in America today. *J Fam Pract* 19:773–781.
205. Ots T (1990) The angry liver, the anxious heart and the melancholy spleen. *The Phenomenology of Perceptions in Chinese Culture*. *Cult Med Psychiatry* 14:21–58.
206. Peters G-JY, Crutzen R (2017) Pragmatic nihilism: how a Theory of Nothing can help health psychology progress. *Health Psychol Rev* 11:103–121.
207. Heelas P. On transgressing the secular: spiritualities of life, idealism, vitalism. In: *New age spirituality: rethinking religion.*, SJ Sutcliffe, IS Gilhus (szerk.). Acumen Publishing, Durham, England, 2013:66–83.
208. Urban H (2000). *Cult Ecstasy Tantrism New Age Spirit*. *Log. Late Capital. Hist. Relig.* 39(3):268–304.
209. Reddy S (2002) Asian Medicine in America: The Ayurvedic Case. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 583:97–121.
210. Molnár A. Új vallási jelenségek. In: *Szekták, új vallási jelenségek*. Pannonica Kiadó, Budapest, 1998.
211. Birx H. Pantheism. In: *Encyclopedia of anthropology*. 4. 2006:234-242.
212. McGuire M. *Ritual healing in suburban America*. Rutgers University Press, New Brunswick, 1988.
213. Mauss M. *Szociológia és antropológia*. Osiris Kiadó, Budapest, 2000.
214. Zörgő S (2017) Pszichoszociális etiológia a hagyományos kínai orvoslást alkalmazók körében – A „lelki eredetű” testi betegség laikus oki teóriái. *Kult és Köz* 8:107–119.

215. Frisk L. Globalization or Westernization? New Age as a Contemporary Transnational Culture. In: *New age religion and globalization.*, Rothstein M (szerk.). Aarhus University Press, Aarhus, 2001:31–41.
216. Melton J. Reiki: The International Spread of a New Age Healing Movement. In: *New age religion and globalization.*, Rothstein M (szerk.). Aarhus University Press, Aarhus, 2001:73–93.
217. Gupta A, Ferguson J (1992) Beyond “Culture”: Space, Identity, and the Politics of Difference. *Cult Anthropol* 7:6–23.
218. Steffen W, Broadgate W, Deutsch L, Gaffney O, Ludwig C (2015) The trajectory of the Anthropocene: the Great Acceleration. *Anthr Rev* 2:81–98.
219. Lewis S, Maslin M (2015) Defining the Anthropocene. *Nature* 519:171–180.
220. Zalasiewicz J, Williams M, Haywood A, Ellis M (2011) Introduction: The Anthropocene: a New Epoch of Geological Time? *Philos Trans Math Phys Eng Sci* 369:835–841.
221. Steffen W, Sanderson A, Tyson P, Jäger J, Matson P, Moore III B, Oldfield F, Richardson K, Schellnhuber H, Turner B, Wasson R (2004) *Global Change and the Earth System: A Planet Under Pressure*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
222. Havlena W, Holak (1991) “The Good Old Days”: Observations On Nostalgia and Its Role In Consumer Behavior. *Adv Consum Res* 18:323–329.
223. Dömötör Z, Nordin S, Witthöft M, Köteles F (2019) Modern health worries: A systematic review. *J Psychosom Res* 124:109781.
224. Köteles F, Simor P, Czető M, Sárog N, Szemerszky R (2016) Modern health worries – the dark side of spirituality? *Scand J Psychol* 57:313–20.
225. Köteles F, Szemerszky R, Gubányi M, Körmendi J, Szekrényesi C, Lloyd R, Molnár L, Drozdovszky O, Bárdos G (2013) Idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF) and electrosensitivity (ES) - are they connected? *Int J Hyg Env Health* 216:362–70.
226. Petrie K, Sivertsen B, Hysing M, Broqadbent E, Moss-Morris R, Eriksen H, Ursin H (2001) Thoroughly modern worries: The relationship of worries about modernity to reported symptoms, health and medical care utilisation. *J Psychosom Res* 51:395–401.
227. Furnham A (2007) Are modern health worries, personality and attitudes to science associated with the use of complementary and alternative medicine? *Br J Health Psychol* 12:229–243.
228. Lahrach Y, Furnham A (2017) Are modern health worries associated with medical conspiracy theories? *J Psychosom Res* 99:89–94.

229. Freyler A, Kohegyi Z, Köteles F, Kökönyei G, Bárdos G (2013) Modern health worries, subjective somatic symptoms, somatosensory amplification, and health anxiety in adolescents. *J Health Psychol* 18:773–81.
230. Witthöft M, Freitag I, Nußbaum C, Bräscher A, Jasper F, Bailer J, Rubin G (2018) On the origin of worries about modern health hazards: Experimental evidence for a conjoint influence of media reports and personality traits. *Psychol Health* 33:361–380.
231. Köteles F, Simor P (2014) Somatic Symptoms and Holistic Thinking as Major Dimensions Behind Modern Health Worries. *IntJ Behav Med* 21:869–876.
232. Bentley A. *Inventing baby food: Taste, health, and the industrialization of the American diet*. University of California Press, Oakland, 2014.
233. Harris D (2000) *The Natural*. *Salmagundi* 126:236–251.
234. Dömötör Z, Szemerszky R, Köteles F (2017) Nature relatedness is connected with modern health worries and electromagnetic hypersensitivity. *J Health Psychol* 24:1756–1764.
235. Douglas M. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge, London, New York, 2003.
236. Scheper-Hughes N, Lock M (1987) *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Med Anthropol Q* 1:6–41.
237. Lewandowsky S (2017) Beyond Misinformation: Understanding and Coping with the “Post-Truth” Era. *J Appl Res Mem Cogn* 6:353–369.
238. Van Wolputte S (2004) Hang on to your self: of bodies, embodiment, and selves. *Ann Rev Anthr* 33:251–269.
239. Hajer M (2003) Policy without polity? Policy analysis and the institutional void. *Policy Sci* 36:175–195.
240. Wakefield A, Murch S, Anthony A, Linnell J, Casson D, Malik M, Berelowitz M, Dhillon A, Thomson M, Harvey P, Valentine A, Davies S, Walker-Smith J (1998) Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 351:637–41.
241. Larson H, Cooper L, Eskola J, Katz S, Ratzan S (2011) Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet* 378:526–535.
242. Jolley D, Douglas K (2013) The social consequences of conspiracism: Exposure to conspiracy theories decreases intentions to engage in politics and to reduce one’s carbon footprint. *Br J Psychol* 105:35–56.
243. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed G (2014) Effective messages in vaccine promotion: A randomized trial. *Pediatrics* 133:e835–e842.

244. Youyou W, Kosinski M, Stillwell D (2015) Computer-based personality judgments are more accurate than those made by humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 112(4): 1036–1040.
245. Twenge J, Campbell W, Freeman E (2012) Generational differences in young adults' life goals, concern for others, and civic orientation, 1966-2009. *J Pers Soc Psychol* 102:1045–1062.
246. Kovách I, Kristóf L. Elit és társadalmi integráció. In: *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon.*, Kovách I, Dupcsik C, P.Tóth T, Takács J (szerk.). Argumentum Kiadó, Budapest, 2012.
247. Pikó B. *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003.
248. Ray P, Anderson S. *The Cultural Creatives: How 50 Million People are Changing the World*. Three Rivers Press, New York, 2001.
249. Scrinis G. *Nutritionism: The Science and Politics of Dietary Advice*. Columbia University Press, New York, 2013.
250. Wright L. *The Vegan Studies Project: Food, Animals, and Gender in the Age of Terror*. University of Georgia Press, Athens, 2015.
251. Jones M (2007) Food Choice, Symbolism, and Identity: Bread-and-Butter Issues for Folkloristics and Nutrition Studies. *J Am Folk* 120:129–177.
252. Cherry E (2006) Veganism as a Cultural Movement: A Relational Approach. *Soc Mov Stud* 5:155–170.
253. Ness I (2004) Health Food Movement. *Encycl. Am. Soc. Mov.* 3.
254. Kaptchuk T, Eisenberg D (1998) The health food movement. *Nutrition* 14:471–3.
255. World Health Organization (2002) International Health Conference. Constitution of the World Health Organization. *Bull World Health Organ* 80:983–984.
256. Bickenbach J. WHO's Definition of Health: Philosophical Analysis. In: *Handbook of the Philosophy of Medicine*, Schramme T., Edwards S. (szerk.). Springer, Dordrecht, 2017:961–974.
257. World Health Organization. Regional Office for Europe (1984) *Health promotion : a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*. Copenhagen.
258. Huber M, Green L, Jadad A, Lorig K, Schnabel P (2011) How should we define health? *BMJ* 343.

259. Jadad A (2016) Creating a pandemic of health: What is the role of digital technologies? *J Public Health Policy* 37:260–268.
260. Engel G (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137:535–544.
261. Hatala A (2013) Towards a Biopsychosocial–Spiritual Approach in Health Psychology: Exploring Theoretical Orientations and Future Directions. *J Spiritual Ment Health* 15(4): 256-276.
262. Elias A, Ricci M, Rodriguez L, Pinto S, Giglio J (2015) The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complement Ther Clin Pract* 21(1):1-6.
263. Taylor L, Stotts N, Humphreys J, Treadwell M, Miaskowski C (2013) A biopsychosocial-spiritual model of chronic pain in adults with sickle cell disease. *Pain Manag Nurs* 14:287–301.
264. Paulson S, Davidson R, Jha A, Kabat-Zinn J (2013) Becoming conscious: the science of mindfulness. *Ann N Acad Sci* 1303:87–104.
265. Susánszky É, Szántó Z (2017) Az orvosi hivatás és pályaszocializáció megjelenése az orvosi szociológia tankönyvekben. *Metszetek* 6.
266. Gyórfy Z, Molnár R, Somorjai N (2012) Gyógyítók helyzete és egészsége – a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése. *Mentálhig és Pszichoszomatika* 13:107–126.
267. Juckett G (2005) Cross-cultural medicine. *Am Fam Phys* 72:2267–2274.

14. Saját publikációk jegyzéke

A disszertációhoz szorosan kapcsolódó publikációk

2018 Zörgő, S., Olivas Hernández, O. Patient Journeys of Nonintegration in Hungary: A Qualitative Study of Possible Reasons for Considering Medical Modalities as Mutually Exclusive. *Integrative Cancer Therapies* 17(4):1270–1284.

2018 Zörgő, S., Purebl, G., Zana, Á. A Qualitative Study of Culturally Embedded Factors in Complementary and Alternative Medicine Use. *BMC Complementary and Alternative Medicine* (Jan. 22, 2018) 18:25

2017 Zörgő, S. Pszichoszociális etiológia a hagyományos kínai orvoslást alkalmazók körében – A „lelki eredetű” testi betegség laikus oki teóriái. *Kultúra és közösség* 8(4):107-119.

2017 Zörgő, S. Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez. *Lege Artis Medicinæ*, 27(10–12):418–426.

2016 Zörgő, Sz., Győrffy Zs. Gyógyítók a komplementer és alternatív medicináról – kvalitatív elemzés eredményei alapján. *Lege Artis Medicinæ*, 26(9–10):421–428.

2016 Zörgő, Sz., Purebl, Gy., Zana, Á. A komplementer és alternatív medicina felé orientálódó terápiaválasztást meghatározó tényezők. *Orvosi Hetilap*, 157(15), 584–592.

A disszertációhoz nem kapcsolódó publikációk

2019 Zörgő, S. and Peters, GY Epistemic Network Analysis for Semi-Structured Interviews and Other Continuous Narratives: Challenges and Insights. In: *Advances in Quantitative Ethnography. Communications in Computer and Information Science Series. Vol. 1112.* Szerk. Eagan B., Misfeldt M., Siebert-Evenstone A., 267-277 old. Svájc: Springer Nature.

2019 Zörgő, S. A Komplementer és Alternatív Medicina szociokulturális kontextusa. In: *Orvosi Szociológia.* Szerk. Győrffy Zs., Szántó Zs., 113-128 old. Budapest: Semmelweis Kiadó.

2018 Zörgő, S. Pszichiátria vagy Alternatíva? A komplementer és alternatív medicina vonzereje. *Lege Artis Medicinæ* 2018;28(1–2):61–66.

2018 Zörgő, S. Vélemények az alternatív medicináról – Reflexiók egy kutatás eredményeire. *Mindennapi pszichológia* XI.(5):63-67.

2018 Nyíró, J; Zörgő, S; Földesi, E; Hegedűs, K; Hauser, P. The Timing and Circumstances of the Implementation of Pediatric Palliative Care in Hungarian Pediatric Oncology. *European Journal of Pediatrics*. 2018; 177 (7)

2017 Nyíró J, Hauser P, Zörgő S, Hegedűs K. A kommunikáció nehézségei daganatos gyermekek szüleivel a palliatív ellátásra történő áttérés során. *Orvosi Hetilap*, 158(30):1174–1180.

2017 Zörgő, S. Valóban tudni akarom? Test-bizonytalanság-érzet. *Mindennapi pszichológia* X.(5):19-22.

2016 Zörgő, Sz. „Ép testben ép lélek”? Vagy fordítva? *Mindennapi pszichológia*, VIII.(6):47-50.

A disszertációhoz szorosan kapcsolódó egyéb közlemények

2019 25th World Congress on Psychosomatic Medicine (Florence, Italy). Semiotic Network Analysis: modelling patient cognition and behavior vis-à-vis therapy choice

2018 31st Conference of the European Health Psychology Society (Galway, Ireland, UK). The “natural” as embodied metaphor – and its role in therapy choice and self-regulation

2018 UCSD-UCLA Graduate Student Conference on Culture, Health, and Mind (San Diego, UCSD, USA). “Energy economics” – concepts of energy and their interaction with therapy choice in Hungary

2017 Anthropology Matters!, the 116th Annual Meeting of the American Anthropological Association (Washington, DC., USA). Bodily sensations within the context of alternative medicine – Embodied perception in the therapeutic process

2017 A Magyar Pszichiátriai Társaság XXI. Vándorgyűlése (Siófok). Kulturális diszpozíciók és hatásuk a komplementer és alternatív medicina közegében

2016 30th Conference of the EHPS/DHP "Behaviour Change: Making an impact on health and health services" (Aberdeen, Skócia, EK). The psychosocial context of bodily sensations – Embodied perception in the setting of alternative medicine

2016 A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Nagygyűlése (Budapest). Pszichoszociális etiológiák konstruálása a hagyományos kínai orvoslást alkalmazó páciensek narratívái alapján

2016 A Magyar Pszichiátriai Társaság XX. Vándorgyűlése (Budapest). Testérzetek értelmezése a hagyományos kínai orvoslás kulturális közegében

2015 World Congress on Psychosomatic Medicine (Glasgow, Skócia, EK). The cultural construction of illness symbolism – Based on a medical anthropological analysis of interacting biomedical and alternative explanatory models of illness among patients and practitioners

15. Köszönetnyilvánítás

A következő embereknek kiemelten köszönöm segítségét:

Témavezető: Zana Ágnes

Mentor: Thomas Csordas

Társkódolók: Sütő Bence, Wilson Luca

Nyelvi lektorok: Leichtman Erna, Dvorszki Ágnes

Házi védelem opponense: Lajtai László

Szeretném megköszönni a következő személyeknek, hogy az évek alatt különböző módokon segítettek munkámat: Bánk Dávid, Dvorszki Ágnes, Csapody Tamás, Farkas Kinga, Győrffy Zsuzsa, Hal Melinda, Hanula Zsolt, Igaz Rita, Igaz Éva, John, Köteles Ferenc, Leichtman Erna, Oravecz Márk, Pilling János, Purebl György, Püspöki Margit, Rácz József, Szabó Doris, Szalai András, Szalai Tamás, Szász Antónia, Tihanyi Bence, Varsányi Péter, Zörgő Tibor, valamint Fernando Ciello, Mark Johnson és Olga Olivas Hernández. Támogatásotok és meglátásaitok rendkívül fontosak voltak számomra!

Szeretném megköszönni a Fulbright Program és a Rosztoczy család nagylelkű támogatását, akik nélkül nem lett volna lehetőségem koncentráltan dolgozni a disszertáción. Továbbá köszönöm az EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009 támogatását.

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében dolgozó kollégáknak köszönöm a személyes és szakmai támogatást.

Végül a kutatás összes résztvevőjének – HKO-t alkalmazó páciensek, HKO-ban praktizáló orvosok, akupunktőrök, és a rendelőkben dolgozó személyzet – szeretném ezúton kifejezni hálámat a sok segítségért és azért, hogy megtiszteltek bizalmukkal.