

Szegedi Tudományegyetem  
Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ

Tari Gergely Róbert

**A FÉRFI ÉS NŐI TESTEK MEDIKALIZÁCIÓJA A XIX. SZÁZADTÓL  
NAPJAINKIG**

**Málnási Bartók György Filozófia Doktori Iskola  
Etika és alkalmazott filozófia alprogram**

**Témavezető:  
Dr. habil. Krémer Sándor  
egyetemi docens  
SZTE, BTK, Filozófia Tanszék**

Szeged

2020.

## NYILATKOZAT

Alulírott Tari Gergely Róbert a Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karának hallgatója ezennel büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy

### **A férfi és női testek medikalizációja a XIX. századtól napjainkig**

című doktori disszertációm saját, önálló munkám; az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően készült.

Tudomásul veszem, hogy doktori disszertáció esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakdolgozatom visszautasításra kerül.

Szeged, .....év ..... hó ..... nap

.....

aláírás

*Feleségemnek és gyermekeinknek*

<b>I. Bevezetés.....</b>	<b>7</b>
1. Az értekezés tartalmi felépítése.....	7
2. Személyre szabott és precíziós medicina .....	8
3. A bioetika mint tudomány és mint tudományos módszer.....	10
3.1. A bioetika meghatározása és részei.....	10
3.2. Filozófiai bioetikától a tudományos bioetikáig .....	13
4. Terminológiai megfontolások .....	15
<b>II. A férfiak biológiai és szexuális sajátosságainak medikalizációja a XIX-XXI. században ....</b>	<b>21</b>
1. A férfi testének medikalizációja és demedikalizációja .....	21
2. A férfiak testének és szexualitásának medikalizációja a XIX. századtól napjainkig .....	25
2.1 A maszturbáció medikalizációja és demedikalizációja .....	25
2.1.1. Az onanizáló alakjának archeológiája.....	26
2.2. A homoszexualitás medikalizációja és demedikalizációja .....	34
3. Részkonklúzió .....	42
4. A megöregedő férfi-testek medikalizációja .....	43
4.1. A testet öltött emberi önkép – A szelf medikalizációja .....	44
4.1.1. Hamis és valódi szükségletek Herbert Marcuse hatalom felfogásában – a medikalizált szelf önteremtése.....	45
4.1.2. Anthony Giddens és Arthur Frank szelf-értelmezése .....	49
4.2. A férfi testek öregedésének normatív vonatkozásairól .....	55
4.2.1. Kiegészítő megfontolások az öregedés nem-specifikus tárgyalásához.....	55
4.2.2. Maszkulin értékek az antik görög világban és napjainkban .....	56
4.3. A férfiak szexualitásának medikalizációja .....	62
4.3.1. A szexuális funkciók élethosszig tartó megőrzésének normalizációja .....	64
4.4. Terápiás lehetőségek a XX. század végén.....	73
5. Részkonklúzió .....	76
6. Az erektilis diszfunkció medikalizációja – A Viagra-marketing arculatváltásai .....	78
6.1. A Viagra és az erkölcsi felelősség.....	90
6.2. John Gagnon és William Simon szexuális-szkript koncepciójának áttekintése.....	95
7. Az <i>androgén alopecia</i> (férfias típusú kopaszodás) medikalizációja .....	99
8. Részkonklúzió .....	102
9. Az iatrogenézis és a betegségárusítás ( <i>disease mongering</i> ) iskolapéldái.....	103
9.1. Klinikai és társadalmi iatrogenézis .....	104
9.2. A betegségárusítás ( <i>disease mongering</i> ) működése.....	106
10. Részkonklúzió .....	116
<b>III. A nők testének és szexualitásának medikalizációja.....</b>	<b>117</b>

1. A hisztérikus nő mint az androcentrikus faj rabszolgája .....	118
1.1. Részkonklúzió .....	127
1.2. A megbízhatatlanság biológiája .....	127
1.3. Thomas Szasz hisztéria-értelmezése .....	129
2. Részkonklúzió .....	131
3. A női szexuális diszfunkció ( <i>female sexual dysfunction</i> ) medikalizációja .....	132
3.1. A szexuális diszfunkciók és a tartós házasság .....	133
3.1.1. Afrodiziákumok megítélése a XIX. században .....	135
3.2. A női frigiditás metamorfózia .....	138
3.2.1. A „mentális zavar” mint természeti fajta ( <i>natural kind</i> ) .....	140
3.3. A Viagra női percepciója .....	143
3.4. A női szexuális diszfunkciók kortárs megítélése .....	146
4. Részkonklúzió .....	152
5. A nő mint a szexuális egészség első számú felelőse .....	152
5.1. Fogamzásgátlási szokások szakirodalmi áttekintése .....	152
5.2. Fogamzásgátlási célú művi meddővé tétel bioetikai problémái .....	153
5.3. Erkölcsi felelősségvállalás a fogamzásgátlásért .....	157
5.3.1. Aránytalan kontraceptív felelősség mint a nők objektifikációjának modernkori eszköze .....	161
5.4. A hormonális fogamzásgátló tabletták evolúciója .....	162
6. A női szépség medikalizációja .....	164
6.1. A szépség elvesztésének fenomenológiai tapasztalata .....	166
6.2. Az esztétikai plasztikai sebészet, mint <i>enhancement</i> -beavatkozás .....	171
7. A várandósság és szülés medikalizációja – a reprodukzív autonómia elvének érvényesülése a várandósság és szülés idején .....	174
7.1. A reprodukzív autonómia elve .....	175
7.2. A prenatalis diagnosztikai eljárások medikalizációja .....	178
7.2.1. A prenatalis diagnosztika elidegenítő hatása .....	181
7.3. Hogyan vezet a medikalizált szülés a reprodukzív autonómia korlátozásához? .....	182
7.4. A magyarországi szülészeti ellátás értékelése a reprodukzív autonómia és a medikalizáció vonatkozásában .....	184
7.4.1. „Nem-orvosi okokra visszavezethető negatív szülésélmények” – Kutatási cél és hipotézisek összefoglalása .....	188
7.4.2. Kutatási módszerek bemutatása .....	189
7.4.3. Eredmények kiértékelése .....	191
7.4.4. Megvitatás .....	208
8. Konklúzió – A női nem medikalizációjának jövője .....	214

9. Konklúzió és a dolgozat lezárása.....	218
IV. Felhasznált irodalom .....	222
V. Függelék .....	237
1. A nem-orvosi okokból kialakuló negatív szülésélményekről szóló kérdőív .....	237
VI. Köszönetnyilvánítás.....	245

## I. Bevezetés

A következőkben szeretném ismertetni doktori disszertációm módszertani és tartalmi kereteit. Elsőként meghatározom a problémafelvetés kontextusát, ezt követően pedig a bioetika fogalmi evolúcióján keresztül körülírom a témafeldolgozás módszertani sajátosságait, egyúttal megindokolom az értekezés interdiszciplinaritásának szükségességét.

### 1. Az értekezés tartalmi felépítése

Doktori disszertációmban a XIX. századtól napjainkig bezárólag vizsgálom a medikalizáció normalizáló hatását. E két évszázad alatt a férfiak és nők biológikumára építő szexuális szubjektumok egészsége és betegsége az orvostechnológia fejlődésének hatására jelentős konceptuális átalakuláson ment keresztül.

Az értekezés első nagy fejezetében (*A férfiak biológiai és szexuális sajátosságainak medikalizációja a XIX-XXI. században*), a medikalizáció kronológiai tényyszerűségét a disszertáció strukturális építkezésének érdekében megfordítva, a férfi testének és szexualitásának medikalizációjával foglalkozom. Ennek további oka, hogy már a dolgozat elején bemutatásra kerülnek az androcentrikus metafizika alapsajátosságai, és a tradicionálisan maszkulin erények. Ismertetésüket Michel Foucault és Herbert Marcuse hatalomfelfogásán keresztül a homoszexualitás és a maszturbáció demedikalizációjának kontextusába ágyaztam. A fejezetben Peter Conrad és Ivan Illich medikalizációs téziseire építkezve áttekintem az erektilis diszfunkció (merevedési zavar) és az androgén alopecia (férfias típusú hajhullás) eseteit. Ezek tartalmi keretét a testkép és az öregedés medikalizációja szolgálja, amelynek az „életen át tartó szex!” (*sex-for-life*) és a „sikeres öregedés” (*successful aging*) imperatívuszait ugyancsak értékelem.

Az értekezés második nagy egységében (*A nők testének és szexualitásának medikalizációja*) a nőiség medikalizációját tekintem át, több ízben építve a feminista bioetika androcentrizmus kritikájára. A hisztéria demedikalizációján keresztül értelmezem Simone de Beauvoir nőiségről szóló legfontosabb megállapításait, ismertetem továbbá Thomas Szasz medikalizációs kritikáját. Ezt követően a nő szexuális testének medikalizációjával, így az öregedés és szépség, valamint a női szexuális diszfunkció (*female sexual dysfunction*) orvosi

hatókörbe vonódásának kritikáját fogalmazom meg. Elemzem, hogyan vált a nő a szexualitásért (kiegyensúlyozott szexuális élet; fogamzásgátlás; reprodukció) való erkölcsi felelősségvállalás magára hagyott szubjektumává. Ezt követően pedig a szülés és születés medikalizációjának témafeldolgozását saját pilot-kutatásom segítségével illusztrálom, melynek során a nem-orvosi okokra visszavezethető negatív szülésélmények és a medikalizáció kapcsolatát vizsgálom, döntő többségében szülestörténetek kvalitatív vizsgálata segítségével.

## 2. Személyre szabott és precíziós medicina

A személyre szabott orvoslás (*personalized medicine*, PM) a medicina egyik legújabb paradigmájaként értelmezhető. Habár a szakirodalmi meghatározása nem egységes, annyi bizonyos, hogy az ilyen szemléletű diagnosztikus, prevenciós és kuratív ellátások kiindulópontja egy meglehetősen összetett információhalmaz, amely az beteg egyén genomjából, fajtipikus funkcionalitásából, környezeti sajátosságaiból, valamint egészség és betegség-magatartásaiból tevődik össze.<sup>1</sup> A „perszonalizált” jelző mellett használatos „precíziós” (*precision*) és stratifikált (*stratified*) kifejezések egymás szinonimáiként ugyanazt a paradigmát írják le: *a lehetőségekhez mérten a beteg sajátosságaihoz leginkább illő kezeléstípus megválasztására kell törekedni.*

Habár a gyógyító-munka fókuszpontjában a kezdetektől fogva a mindenkori beteg egyén és betegsége áll, azonban a PM igazi sikerét a Humán Genom Projekthez köthető genetikai transzparencia hozta meg. Ennek folyományaként a genetikai információkra építő terápiaválasztás ténylegesen a beteghez igazíthatóvá válik. A betegségek genetikai sajátosságait felhasználni tudó szakterületek közül is kimagaslik az onkológia. Esetében a terápiás lehetőségek megválasztásában a genetikai-és biomarkerek szerepe számos daganatos betegség vonatkozásában (pl. BRCA-mutációk) meghatározó.<sup>2</sup> A farmakogenomikai (PGX) vizsgálatok lehetővé teszik a precíziós ellátást, amely kevesebb szükségtelen, de potenciálisan káros mellékhatásokkal bíró terápiától kíméli meg a betegeket, továbbá a genetikai információra építő gyógyszerválasztás egyes tanulmányok szerint akár 30%-kal csökkentheti

---

<sup>1</sup> Redekop W. K., Mladsi D.: *The Faces of Personalized Medicine: A Framework for Understanding Its Meaning and Scope*, Value in Health, (6) 16. Supplement, 2013, 1098-3015. o.

<sup>2</sup> Kahán Zs., Tari G., Enyedi M., Haracska L.: *Hogyan befolyásolja a brca-státusz az emlőrák ellátását 2019-ben?* Klinikai Onkológia, 6 (1). 2019, 13-22. o.



a mellékhatások miatti hospitalizáció valószínűségét is.<sup>3</sup> A PM mint személyre szabott ellátási módszer összhangban van az orvosi etika alapvető normáival, hiszen a célzott diagnosztikus és terápiás lehetőségek megválasztásához az ártalomcsökkentés is párosul, így kétségtelenül meghatározó szerepet prognosztizálhatunk az erre építő eljárásoknak.

Kevésbé egyértelmű, hogy a precíziós medicina pusztán technikai, vagy antropológiai fordulatot is hoz-e majd magával. Optimális esetben az egyén nukleotidjait, legelemibb alkotórészeit (is) megismerni vágyó diagnosztikus és terápiás irányzat értékelésekor a dehumanizálódás lehetőségének fel sem szabadna merülnie. Sőt, nehéz ennél személyre szabottabb ellátást körvonalazni, amely az ellátotthoz kapcsolódó megannyi faktort szinoptikusan számításba veszi. A bioetikusnak azonban ebben a pillanatban magára kell öltenie az *advocatus diaboli* szerepét és a „személyre-szabott” és „precíziós” jelzőket kritikai megközelítésben kell vizsgálnia. Mit is jelent valójában a perszonalizáció a betegre nézve? Nem esik-e a redukciónizmus kétségkívül vonzó csapdájába az a szakember, aki a terápiaválasztás finomhangolásakor elsősorban, vagy netán kizárólagosan a számára aktuális ellátottnak a legfontosabb testi alkotóelemre, vagy az ezekből felépülő működésekre fókuszál? Nem válik-e inkább *szükségyszerűvé* a redukciónizmus a betegségek minél hatékonyabb gyógyítása érdekében? Amikor az orvostudomány a laikusok számára szinte felfoghatatlanul összetett ismeretanyaga exponenciálisan bővül, feltételezhetjük-e, hogy a betegek/kliensek valóban képesek a kockázatelemzésen alapuló tájékozott beleegyezésre? Hogyan befolyásolja az exponenciálisan bővülő orvosi tudásanyag az egyén saját testével kapcsolatos fenomenológiai tapasztalatainak terápiás értékét, mint amilyen a fájdalom? Hihetünk-e még a „bízz önmagadban” bátorításnak, ha az objektív technológia külsőségei az egyén *beszédének* diszkreditálásához vezet?

Doktori disszertációmban ezeket a kérdésfelvetéseket a férfi és női test kontextusában, kifejezetten szexualitásuk<sup>4</sup> vonatkozásában vizsgálom. A szöveg virtuális célkeresztjében a biomedicina nyelvezete és orvosi módszertana által (re)konstruált *homo sapiens sapiens* és az őt öltöztető társadalmi jelentésrétegek állnak. Az értekezés betekintést nyújt abba a XIX. és XXI. század között zajló folyamatba, amelynek során a természettudományos forradalom egyszerre keretezte át az egészséges és beteg férfi és nő ideáit, főként azoknak szexualitásán

---

<sup>3</sup> Ventola C. L.: *Role of Pharmacogenomic Biomarkers in Predicting and Improving Drug Response: Part 1: The Clinical Significance of Pharmacogenetic Variants*. P & T : A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management, (9) 38, 2013, 545-60. o.

<sup>4</sup> A szexualitás magában foglal minden olyan humán magatartást, amely kapcsolódik a vágy (*lust*), vonzalom (*attraction*) és kötődés (*attachement*) hármas rendszerével kapcsolatban álló nemi tevékenységhez.

keresztül. A vizsgálódás során a medikalizációnak minden régmúlt és aktuálisnak mondható sajátosságát esetcentrikusan demonstrálom. Módszerem meghatározója az interdiszciplinaritás, amely egy sajátos bioetika-értelmezés kifejeződéseként értelmezhető.

### **3. A bioetika mint tudomány és mint tudományos módszer**

A természettudományok és a filozófia együttműködése módszerét, mértékét és célját tekintve eltérő mértékben ugyan, de mindig jellemző volt. A természeti törvények leírása, vagy éppen a kozmosz keletkezése mellett az ember testi és lelki világának feltérképezése is a filozófiatörténet klasszikus témájául szolgált. A természet és társadalomtudományok hol békés szimbiózisban, hol versengéstől túlfűtve, de folyamatos kölcsönhatásban egészítették ki egymást. Ez a tudománytörténeti dinamika, bár hallatlanul izgalmas, jelen vizsgálatnak nem tárgya, mindazonáltal a dolgozat módszertani megfontolásainak tisztázásához megkerülhetetlen alapokat nyújt. A társadalomtudományok általában, de ezen belül különösen a bioetika és a filozófia nem csak teoretikus, spekulatív, de alkalmazott, ellenőrző feladatkörben (is) tetszeleg. A felügyeleti pozíció annál is inkább indokolt, hiszen korunkra minden eddigénél jellemzőbbé vált az igény, hogy a tudományágak ne elszigetelődjenek, hanem inkább kaleidoszkóp-szerűen kiegészítsék egymást. Vizsgáljuk meg, hogyan befolyásolta ez a dinamika a bioetika tudományát.

#### **3.1. A bioetika meghatározása és részei**

Az inter-vagy multidiszciplinaritás, mint tudomány-módszertani elvárás sok vizsgálódás sajátja, amely kifejezetten igaz a bioetika tudományára is. Definíciós háttére igencsak szerteágazó, ezért – bár a teljesség igénye nélkül – a dolgozat elméleti és módszertani kereteinek tisztázása miatt szükségesnek érzem definiálni, hogy a medikalizáció jelenségét a bioetika pontosan melyik meghatározása mentén vizsgálom. A „bioetika” szó megalkotójaként a University of Wisconsin egykori professzorát Van Rensselaer Potter-t tartjuk számon, aki eredendően biokémikusként, 1970-ben használta elsőként a „bioetika” kifejezést. Pionírként a biológia, az orvostudomány és a természeti környezet filozófiai

vizsgálatára szólított fel, ezáltal keretezve a „bioetika” tudományának főbb irányvonalait.<sup>5</sup> Az élettudományokat feltáró filozófiai reflexió vizsgálódási kereteit igen tágan értelmező Potter 1988-ban a bioetika fogalmi rekonstrukciója által, a „*Global Bioethics*” címszóval csatlakozott a bioetika evolucionalista irányzatához. Új meghatározása szerint a „*Global Bioethics*” a biológia és számos különböző humántudomány kombinációja, amely segít definiálni a túléléshez szükséges orvosi és ökológiai szükségleteket.<sup>6</sup>

Az *Internet Encyclopedia of Philosophy* „Bioetika” szócikkében szereplő definíció szintén a tudományterület interdiszciplináris és mindemellett alkalmazott filozófiai sajátosságait emeli ki.<sup>7</sup> A szócikk alapján a bioetika alapvetően három alterületre osztható, így megkülönböztet orvosi etikát (*medical ethics*), állat etikát (*animal ethics*) és környezeti etikát (*environmental ethics*). Az ember egyedi és fajszintű életével és nem utolsó sorban túlélésével foglalkozó tudomány a morálfilozófia tipikusan olyan területe, amelynek kérdésfelvetései a legkülönbözőbb tudományos diszciplínákhoz kapcsolódnak: orvostudományhoz, ökológiához, biológiához vagy éppen a pszichológiához. A bioetika differenciáltságát hangsúlyozó definíciós keret előnye, hogy szemlélteti a bioetika diffúz, számos tudományterületen érvényesülő illetékességét.

A bioetika teoretikus és deskriptív jellegű tudományként való leírása mellett kínálkozik egy további megközelítési lehetőség is. A bioetika, mint *tudományos módszer* megragadása több szerzőnél előfordul. Közülük is kiemelkedik a francia bioetikus, Gilbert Hottois, aki szerint a bioetika elméleti meghatározása mellett számba kell venni a tudomány praxisként való értelmezhetőségét. Ennek fényében a bioetika egy interdiszciplináris gyakorlat, amelynek módszertani sajátosságaira a deduktivitás mellett épp oly jellemző az induktív metodológia, amely az egyes tudományterületeken felmerülő esetekből építkezve próbál normaadó funkciót is ellátni.<sup>8</sup> Ennek értelmében a bioetika mint *alkalmazott normatív etikai irányzat* az élettudományok elméleti és gyakorlati vonatkozásában egyaránt illetékes, a társszakmák egymásra ható reflexiójából összetevődő problémafelismerő és elemző *módszerként* is megragadható.

---

<sup>5</sup> Potter V.R.: *Bioethics, the Science of Survival*. Perspectives in Biology and Medicine, 14 (1). 1970, 127-153.

<sup>6</sup> Potter V.R.: *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing, Michigan State University Press. 1988.

<sup>7</sup> Gordon J. S.: *Bioethics* (szócikk). Internet Encyclopedia of Philosophy. Letöltés ideje: Accessed: 2019. 03. 06. [www.iep.utm.edu/bioethic](http://www.iep.utm.edu/bioethic).

<sup>8</sup> Zeller J.: *A testen kívül létrejött embriók morális és jogi státusa a reprodukcióhoz való jog és a tudományos kutatás tükrében*. (PhD Disszertáció). 2009. 12. o.

Ahogy Zeller Judit hangsúlyozza, a bioetika interdiszciplináris sajátosságából fakadóan sem lehetséges azt egy adott tudományterülethez kapcsolni, így célszerűbb *szektorális etikaként*, semmint klasszikus tudományetikaként megragadni.<sup>9</sup> *A bioetikát ezért összességében az élettudományokra, azon belül is az orvosbiológia és az ökológia területén felmerülő etikai problémák megragadására és norma adására vállalkozó alkalmazott etikai tudományterületként értelmezem, amelynek módszerében meghatározó az interdiszciplinaritás.*

A bioetika, mint *alkalmazott normatív etika* ilyen tekintetben egy olyan tudományterület és egyúttal eszköz, amely legitimálja általában a társadalomtudományok, azon belül is az erkölcsfilozófia jelenlétét a „nagy” természettudományok között, ezáltal hozzájárul a filozófia tudományos megítélésének szükségszerű javításához is. A filozófia önigazolása a technicizált és az episztemikus tudás megszerzését előtérbe helyező tudományos világban egyfajta kényszerré vált. Nánay Bence 2011-ben megjelent, *A filozófia és a tudományok* című vitaindító írásában a filozófia diszciplináris krízishelyzetére figyelmeztet, amelynek egyik fontos kiindulópontja Stephen Hawking *The Grand Design* című könyvének felütése: „*A filozófia halott. Nem tartott lépést a tudományok (különösen a fizika) legújabb fejleményeivel. A tudósok lettek mára a felfedezés fáklyájának hordozói a világ megismerésében.*”<sup>10,11</sup> Nánay megoldási javaslata a filozófia *elméleti természettudományként* való megragadása, amely elképzelhetetlen a természettudományok komolyan-vétele, az új tudományos eredmények felhasználása nélkül. A programadó írás szinte minden pontjával egyetértek. A filozófia sosem volt és sosem lehet független a természettudományoktól, ilyen értelemben a társszakmáktól való elszigetelődés valóban előre vetítheti a filozófia halálát. Nánay kiindulópontja, hogy az igazság, vagy a boldog-élethez vezető út keresése, mint a filozófiatörténeten átívelő célkitűzések voltaképpen mindig is összhangban voltak a természettudományok megismerési vágyával.

Nemes szerint annak lehetőségét, hogy a filozófia kilábalhasson magáraulatlanságából és kríziséből, egyedül a természettudományos eredményekből kiinduló, azokra reflektáló tudományos alapokon nyugvó filozófia művelése biztosíthatja. Az egyes szaktudományok kutatási irányaira, eredményeire építő tudományfilozófia művelése a társadalomtudományok,

---

<sup>9</sup> Ibid. 13. o.

<sup>10</sup> Nánay B.: *Filozófia és tudományok: Vitaindító*. Magyar Tudomány. 12, 2011, 1493–1498. o.

<sup>11</sup> Hawking S., Mlodinow L.: *A nagy terv*. Akkord Kiadó, Budapest, 2011. idézi: Nánay, 2011, 1493. o.

ezen belül is az etika és a filozófia hazai és nemzetközi megítélését, továbbélési lehetőségét jelentős mértékben javíthatná.<sup>12</sup>

A bioetika - mint *szektorális etika*-, végletekig specializálható irányzatként ugyancsak erre a felismerésre, vagy még inkább szükségszerűsége épít: ennek fényében beszélhetünk a reprodukció etikájáról, az életvégi döntések etikájáról, vagy éppen a humánbiológia etikájáról. A bioetika, mint problémamegoldó tudomány iránti lelkesültség mellett azonban továbbra is kérdéses, hogy a filozófia célját leegyszerűsíthetjük-e az életünket egzisztenciálisan meghatározó kérdések megválaszolására, azonban a kétségkívül erősödő tudománypolitikai nyomás felerősíti a filozófiával szemben támasztott *definitív* elvárásokat. Tózsér János ehhez a krízishez kapcsolódva egyenesen a filozófia kommunis sikertelenségéről beszél, miként a filozófiával szemben támasztott episztemikus elvárások szerinte kudarcra vannak ítélve. Ebből fakadóan a filozófia célja sokkal inkább az „intellektuális göggel szembeni harc”, a szkeptikus attitűd és a kritikai gondolkodás kifejlesztése és finomítása, nem pedig a világ önmagában való megragadása és leírása.<sup>13</sup> Tózsér észrevételeivel többségében egyet értek, ugyanakkor az általa kifejtett attitűd inherens részét kell képezze az absztrakciós gondolkodásmód is, amely –mint azt a következő bekezdésben látni fogjuk – hagyományosan szerepel a bioetika módszertani eszközei között is.

### 3.2. Filozófiai bioetikától a tudományos bioetikáig

Az eddigiekben amellet érveltem, hogy a filozófia tudománytörténeti fejlődésében a bioetika szerepe több szempontból meghatározó. Ezek közül is talán a két legfontosabb, hogy a bioetika (1) szigorúan a tudományos eredmények ismeretében is képes maradt a „hagyományos” filozófiai és etikai kérdések felülvizsgálatára, megválaszolására és normák kidolgozására, valamint ebből következően (2) hozzájárul a filozófia tudományok közötti legitimációs kontinuumához is. Nemes Lászlóval egyetértésben úgy gondolom, a bioetika diszciplináris felosztása tekintetében a tudományos ismeretek gazdagodása alapvető fontosságú, így a következőkben a szerző terminológiai megfontolásait követve áttekintem a bioetika egyes fejlődési stádiumait. Nemes olvasatában érdemes elkülönítenünk *filozófiai*

---

<sup>12</sup> Nemes L.: *A bioetika három fajtája*. Fundamentum, 1, 2006, 5-22. o.

<sup>13</sup> Tózsér J.: *Az igazság pillanatai*. Budapest, Kalligram, 2018.

*bioetikát, sci-fi bioetikát és tudományos bioetikát* amelyeket a következőkben röviden összefoglalok.<sup>14</sup>

A *filozófiai bioetika* módszertani sajátossága a gondolkísérletek érveléstechnikai felhasználása, amely a bioetikai gondolkodás napjainkban továbbra is meghatározó módszerének számít. Elegendő Philippa Foot és Judith Jarvis Thomson mai napig heves vitákat gerjesztő dilemmáit,<sup>15</sup> vagy akár az orvosi hivatást átszövő morális dilemmákkal kapcsolatos esetleírásokat is felhasználó attitűdvizsgálatokat megemlítenünk. Disszertációmban a filozófiai bioetika mint *problémafelvető módszer* számos esetben felhasználásra kerül. Bár a gondolkísérletek felhasználása módszertani korlátai miatt általános következtetések levonására a legtöbb esetben nem alkalmas, elvitathatatlan egy-egy attitűdfeltáró vizsgálat demonstratív ereje. Átaluk olyan társadalmilag elfogadott értékek erodálódására is fény derülhet, mint amilyen az emberi méltósághoz való jog, de akár más megvilágításba kerülhetnek az egyes betegpopulációk tájékoztatási preferenciái (lásd a dolgozat későbbi részében a szülészeti ellátás résztvevőit). Nemes összegzésében megjegyzi, hogy a *filozófiai bioetika* gondolkísérleteinek legfőbb előnye a morális intuíciók tisztázásának lehetősége, illetve a korábban érvényes intuícióink tartósságának felülvizsgálata.<sup>16</sup> Mint arra a szerző rámutat, a *filozófiai bioetika* problémája, hogy „érzéketlen marad az élettudományok, a biotechnológia és a medicina fejlődésével és az ez által felmerülő újabb erkölcsi dilemmákkal szemben.”<sup>17</sup>

A bioetika következő válfaja és egyben második fejlődési stációja a „*sci-fi bioetika*”. Alapjául a tudományok jelen állásából kiinduló futurisztikus scénáriók megalkotása szolgál. Az előzőekben megfogalmazott igényt a filozófia és az etika natrualizálódására bár nem elégíti ki maradéktalanul, ugyanakkor a sci-fi bioetika szervesen épít a legmodernebb biotechnológiai felfedezésekre és az ebből deriválható tudományos jövőképre. A sci-fi bioetika képes számításba venni az élettudományok technológiai újításait. Erőssége, hogy az egyes eredmények felhasználási lehetőségei a filozófiai bioetikához hasonlatos módszerekkel próbára teszik erkölcsi intuícióinkat. A bioetika ezirányú létjogosultságát mi sem bizonyítja jobban, mint a dolgozat írása közben is intenzív tudományos reflexiókat kiváltó *CRISPR-technológia*. A génmódosított humán embriók már jóval a Humán Genom Projekt (HGP)

---

<sup>14</sup> Nemes, 2006, 5-22. o.

<sup>15</sup> Foot P.: *The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect*, Oxford Review, 1967, 5–15. o. idézi Nemes, 2006, 6. o.

<sup>16</sup> Nemes, 2006, 7. o.

<sup>17</sup> Ibid. 7. o.

tényleges megindulása előtt is a sci-fi irodalom klasszikus témájaként szolgáltak. Ebben a vonatkozásban megkerülhetetlen Aldous Huxley 1931-ben írt *Szép új világ* című tudományos fantasztikus regénye, amelyben a genetikai különbségekre épülő kasztrendszer disztópikus világával találkozunk. Ezek az alkotások a filozófiai bioetikához hasonlóan a befogadók erkölcsi intuícióira alapoznak, ezáltal a (nem csak művészeti) kritikai alkotások minden esetben számításba kell vegyék a technika felhasználásával kapcsolatos morális szempontokat.

Doktori disszertációm bioetika értelmezésével összecseng a tudomány evolúciójának harmadik állomása, amelyet Nemes „tudományos bioetikának” nevez. Ennek tükrében a bioetika helye a tudománykutatáson belül értelmezhető, így „az élettudományok, a biotechnológia és az orvostudomány fejlődésére adott széles körű etikai reflexiót jelenti. A tudománykutatás szemléletén belül a tudománytörténet, a tudományszociológia és a tudományfilozófia szerves egységet alkot. [...] egyszerre jelenthet egy tudományos, a tudományos elméletekre és azok gyakorlati megvalósítására érzékeny, a megnevezésben szereplő bio előtagot és az etika utótagot egyaránt érvényesítő, a vonatkozó kérdéseknek a legújabb filozófiai és tudományos nézetek fényében való interdiszciplináris megvitatására alkalmas, minden korábbinál tágabb értelmezési keretet.”<sup>18</sup>

Értekezésemben tehát a tudományos bioetika alkalmazásával közelítem meg a szexualitásnak, mint emberi tevékenységnek és a biomedicinának kapcsolódási pontjait. A dolgozat áttekinthetőségének érdekében a következőkben röviden ismertetem a főbb tartalmi egységek felépítését.

#### **4. Terminológiai megfontolások**

A következőkben röviden szeretném áttekinteni a dolgozat szempontjából fontosabb fogalmakat, amelyeknek kritikai elemzését, evolúcióját részletesen a fő szövegben tárgyalom.

---

<sup>18</sup> Ibid. 13. o.

## Medikalizáció és demedikalizáció

Peter Conrad meghatározására támaszkodva hagyományos értelemben véve a „medikalizáció” tágabb értelmezve azt a folyamatot jelenti, „melynek során egy alapvetően nem orvosi problémát orvosi szempontból szemlélnék, orvosi fogalmakkal és az orvostudomány nyelvezetét használva írják le, az orvostudomány magyarázó elveit használva értenek meg és orvosi beavatkozásokkal próbálnak («kezeln»).”<sup>19</sup>

Emilia Kaczmarek a conrad-i definícióval ellentétben azt szorgalmazza, érdemes elkülöníteni a „jól megalapozott medikalizációt” (*well-founded/well-grounded medicalization*) a kártékony, határátlépő medikalizációtól, amelyet a „túlzott medikalizáció” (*over-medicalization*) kifejezéssel ír le.

Brian D. Earp és Julian Savulescu is több közleményben kikezdték a medikalizációról szóló szakirodalom axiomatikus paradigmáját, miszerint egy nem-orvosi életterület biomedikális kontrollja szükségszerűen csak negatív következményekkel bírhat.<sup>20</sup> Értelmezésük szerint például egy diszfunkcionális párkapcsolat biokémiai korrekciója a pszichoszociális előnyök mellett (a szerelmi élet normális mederbe terelése, családkohézió erősítése) pszichoszomatikus előnyökkel is bír (arthritisz és kardiovaszkuláris prevenció), amely ezáltal ellensúlyozza a medikalizáció széles körben dokumentált társadalmi ártalmait. A medikalizált társadalmakban egyes betegségekről nyílt társadalmi kommunikáció kezdődhet, amelynek a káros biohatalmi expanzió mellett járulékos pszichológiai előnye lehet a betegségekkel szembeni előítéletek, stigmák lebontása. Az egészségnevelés integrálása a közoktatási tanmenetbe az önpatologizáló, hipochonder kultúra veszélyeit ellensúlyozva elősegítheti az egészséges életmód társadalmilag előnyös kialakítását.

A disszertációban mindezt figyelembe véve a „medikalizáció” fogalmát (ha csak az ellenkezőjét ki nem emelem) a határátlépő, „túlzott medikalizáció” (*over-medicalization*) értelmében használom, amelyet magam is egy döntő többségében benignus szociokulturális jelenségként ragadok meg. A folyamat együttjár a biomedicina tudományos és társadalmi hatalmi felerősödésével, amelyet az elsők között Emil Zola, Michel Foucault, Thomas Szasz

---

<sup>19</sup> Kovács J.: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Medicina Kiadó, Budapest, 2007, 167. o.

<sup>20</sup> V.ö.: Earp, B. D., Sandberg, A., & Savulescu, J. (2015). *The medicalization of love*. Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ: the international journal of healthcare ethics committees, 3, 24, 323–336. o.



és Ivan Illich elemeztek részletesen. A medikalizáció során egyes komplex, pszichoszociális beágyazottságú életjelenségek is orvosi-fiziológiai problémára redukáltan jellenek meg.<sup>21</sup> Jellegzetessége a társadalmi devianciáknak és enyhébb pszicho-fizikai tünetek diagnosztikai értékének felnagyítása, amely jelenséget „szomatizációval” és „patologizációval” egyaránt leírhatunk.

A fogalom meghatározásának zárásaként érdemesnek tartok utalni Adele E. Clarke és munkatársainak terminusváltoztató kezdeményezésére is. A szerzők 2003-ban a medikalizáció fogalmának differenciálását kezdeményezték és az eredeti mellett szorgalmazták a „biomedikalizáció” (*biomedicalization*) kifejezés bevezetését. Lépésüket azzal indokolták, hogy az orvostudomány technológiai fejlődése által mára meghaladta a normalizáció társadalmi kontroll szerepét és a fogyasztói társadalom sajátosságaival kiegészítve a rizikófaktorok, a prevenció és egészség jelentőségét átalakításával, az egyén techno-tudatos identitásának kiépítésével tovább terjeszkedett.<sup>22</sup> Bár értékesnek tartom, Clarke konceptuális törekvésének integrációját a dolgozatomba a témakörök feldolgozásához nem érzem indokoltnak.

„Demedikalizációnak” nevezem azt a viszonylagosan ritkán előforduló folyamatot, amelynek során egy adott orvosi gyakorlat felismerve az egyénre, egy közösségre, netán az egész populációra gyakorolt káros hatását (pl. gyógyszer mellékhatás, társadalmi stigmatizáció), vagy hatástalanságát kikerül a biomedicinális ellenőrzés alól döntő többségben társadalmi érdekérvényesítő csoportok (pl. polgárjogi mozgalmak) nyomásának hatására.

### **Egészség és betegség**

Az egészség és betegség állapotainak legtávolabbi elkülönítése a naturalista és normativista koncepciók megkülönböztetését jelenti. A két megközelítés alapvetően abban különbözik egymástól, hogy a naturalista definíciók azt állítják, empirikus, tapasztalati úton elhatárolhatók egymástól az egészséges és beteg emberek. A normativista nézetek szerint a két állapot értelmezhetetlen azok nélkül a társadalmi viszonyok nélkül, amelyben a betegséget

---

<sup>21</sup> Ibid. 167. o.

<sup>22</sup> Clarke A. et al.: *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*. American Sociological Review, 68(2), 2003. 161-194. o.

felismerik, így a tapasztalati úton szerzett tudás kiegészítésre szorul.<sup>23</sup> A medikalizáció az orvosi térrel bővítésével annak az evangéliumnak a hordozója, mely szerint az ember testi-lelki működéseinek minél aprólékosabb megismerésével egy napon objektív és értéksemleges határt húzhatunk az ember egészséges és patológikus jelenségei között. Ez a megközelítés konceptuális tévedésen nyugszik, hiszen nem veszi figyelembe a betegségalkotás szociokulturális komponensét.

A naturalista egészségdefiníciók között egyaránt előfordul az egészség meghatározásának orvosi modellje, amely szerint az *egészséges ember az, aki nem beteg*: ez egyrészt jelentheti azt, hogy az organizmusok, az egészséges szervrendszerek, szervek, és folytatva a sort az elemi alkotóelemekig, statisztikai adatok eloszlása alapján (Gauss-görbe) meghúzhatjuk a normális és abnormális közötti határvonalat.<sup>24</sup> A naturalizmus terminológiai paradigmája az objektivitásra való törekvés és a diagnosztika zavaró, relatív komponenseinek a kiiktatása, vagyis a redukcionizmus. A koncepció kidolgozásában nagy szerepe volt John Guyett Scadding-nek, aki elsőként definiálta a betegséget biológiai hátránnyként (*biological disadvantage*). Meghatározása szerint, ami eltér a társadalmi átlagtól és biológiailag előnytelen, az betegség.<sup>25</sup> A *biostatisztikai egészségmeghatározás* leghíresebb alakja Christopher Boorse, aki a biológiai funkciók statisztikai értékelésében látta a medicina tisztán tudomány megalapozhatóságának sikerét: „Ha a betegségek a faj biológiai sajátosságaitól való eltérések, ezek felismerése a természettudományok feladata és nem értékítéletek.”<sup>26</sup>

A naturalizmus másik típusa az *egészséget fajtipikusként, természetesként* fogja fel. A koncepció talán leghíresebb képviselője James Wakefield, a „hibrid-naturalizmus” kidolgozója. Álláspontja szerint a betegség káros diszfunkcionalitás (*harmful dysfunction*), míg az egészség az organizmusnak, a szervrendszereknek, szerveknek, stb. fajra jellemző funkcionálisitását jelenti. Wakefield törekvése azért kapta a „hibrid-naturalizmus” megnevezést, mert hidat próbált képezni a normativista és naturalista koncepciók között azáltal, hogy a faj funkcionálisitását evolúciós perspektívába helyezte. Ezáltal naturalizálta az ember célokságát: ennek értelmében egészséges (és jó) az, ami a faj (és az egyed) fennmaradását (túlélését és szaporodását) elősegíti. A hátrány meghatározása mindennek inverze, vagyis károsak azok a jelenségek, amelyek az organizmus egészére, vagy részére nézve diszfunkciót idéz elő, tehát veszélyeztetni reprodukciós képességét és/vagy túlélését.

---

<sup>23</sup> Kovács J.: *A modern orvosi etika alapjai*. Medicina Kiadó, Budapest, 2006. 124. o.

<sup>24</sup> Ibid. 112. o.

<sup>25</sup> Tari G.: *A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei*. Századvég. 2015, 139. o.

<sup>26</sup> Boorse, C.: *Health as a Theoretical Concept*. Philosophy of Science, 44(4), 1977, 542-573. o.

Összességében megállapíthatjuk, hogy az egészség és betegség elhatárolásának kérdését tekintve azért nem látunk tisztán, mert hajlamosak vagyunk nem szétválasztani két szervesen egymáshoz kapcsolódó kérdéskört. Elsőként azt, hogy bizonyos testi és mentális jelenségeknek melyek a biológiai alapjai, másodszer pedig azt, hogy ezek az életjelenségek milyen szinttől számítanak betegségnek. Az első egy empirikus, a másik nagyon is szociokulturális változóktól függő kérdéskör.<sup>27</sup>

### **Androcentrizmus és feminista etika**

A következőkben a német filozófusnak, Annamarie Pieper-nek az androcentrizmusról képviselt koncepcióját összegzem. Az androcentrizmus kifejezés tükörfordításban „férfi-központúságot” jelent. Az androcentrizmus a feminista etika keresztüzében álló fogalom, amely egyes értelmezések szerint a nemi semlegességet hangsúlyozó kritikai filozófiai irányzatot (feminizmus) életre hívó társadalomszervezési tradíció.

Az androcentrizmus annak a kritikai irányzatnak a tárgya, amely szerint napjainkig bezárólag a társadalmi berendezkedés patriarchális alapokon nyugszik és az élet szervezőelvei ennek mintázataként „a férfiak gondolkodás-és cselekvésbeli megszokásait tükrözik, amelyek [...] általános emberi normákként terjedtek el.”<sup>28</sup> A társadalmi érdekérvényesítésben meglévő aszimmetrikus viszonyokat gyakran a férfi biológikumából eredő természetes állapotként fogadják el, amely az élet legkülönbözőbb terein legitimálja az esélyegyenlőtlenséget.

A feminista etikát tekinthetjük egy olyan filozófiai diszciplináris irányzatnak, mely az androcentrizmust fenntartó erkölcsi értékek, társadalmi normák felismerésére, kritikai reflexiójára törekszik abból a célból, hogy „egy olyan etika számára nyissa meg az utat, amely egyaránt szolgálja az egyenrangú individuumok különböző érdekeit és szükségleteit.”<sup>29</sup>

Az androcentrizmus kritikája, vagyis a feminista etika egyben rámutat a fennálló társadalmi értékek téridőbeli relativitására, valamint a biológiai különbségekre építő ideológiai terhek önkényességére.

---

<sup>27</sup> Zachar P.: *Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds*. Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 7 (3), 2000, 167–182. o.

<sup>28</sup> Pieper A.: *Van-e feminista etika*, Áron Kiadó, Budapest, 2004. 29. o.

<sup>29</sup> Ibid. 29. o.

## Nemiség: különbségek és azonosságok

A magyar nyelvben használatos „férfi és női nemek” terminológiája helyett célszerűbb az angol terminológiát követnünk, hogy ahol az a szövegben szükséges lesz, a „nemek” jelentésének rétegeit egyértelműen kifejezhessük. A biológiai „sex” és társadalmi „gender” terminusok tehát nem tekinthetők koextenzívnek.

A *Stanford Dictionary* a kifejezésekre vonatkozó szócikkében kiemeli, hogy tradicionálisan azért volt szükség a nemi különbségek *terminus technicus*-ok általi elhatárolására, hogy rámutathassanak a „sex” nőnemű és férfinemű biológiai predispozíciói (kromoszómáisan, első és másodlagos nemi jegyek által) és a „gender” társadalmi nemi (közösségi szerepelvárások, pozíció, identitás és viselkedés sajátosságok) jelentéseinek különbözőségére.<sup>30</sup> A folyamatban úttörőnek mondható Simone de Beauvoir, aki a híressé vált kijelentésével, miszerint „Az ember nem születik nőnek, hanem azzá válik”<sup>31</sup> rámutatott a nemek biológiai determinizmusának konceptuális tévedésére, vagyis a nő szerepének létrehozásában a társadalmi folyamatok elsődlegesek, nem a biológiai konstellációk.

A dolgozatban azokon a helyeken, ahol szükséges, az angol terminológiát követve érzékeltetem a fent meghatározott jelentéstöbbletet, azonban a dolgozat egészére nézve érvényesnek tartom azt a posztmodern feminista megközelítést alkalmazni, miszerint bár a társadalmi folyamatok meghatározzák a biológiai testet, de a biológiai test önmagában is meghatározza a társadalmi folyamatok dinamizmusát, így a *sex* és *gender* folyamatos kölcsönhatásban vannak egymással.<sup>32</sup>

## Farmakolizáció

John Abraham meghatározását követve a magyarra nehezen fordítható „*pharmaceutilization*” (farmakolizáció) kifejezésen azt a bioszociológiai magyarázatokkal leírható jelenséget értem, amelyet együttesen befolyásol a biomedikalizáció, medikalizáció, a

---

<sup>30</sup> Mikkola M.: *Feminist Perspectives on Sex and Gender*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2019 Edition), Zalta N. E. (ed.)

<sup>31</sup> Beauvoir S. de: *A második nem*. Gondolat, Budapest, 1971, 197. o.

<sup>32</sup> Shahvisi A.: *Towards Responsible Ejaculations: The Moral Imperative for Male Contraceptive Responsibility*. Journal of Medical Ethics 46, 2020, 328. o.

gyógyszercégek promóciós reklámtevékenysége, a fogyasztói társadalom és egy állam ideológiája és szabályozása.<sup>33</sup>

Simon J. Williams a medikalizációnak Peter Conrad által jegyzett medikalizáció meghatározását transzformálva, a farmakolizációt emberi állapotok, képességek gyógyszerészeti tárgyként való megragadásaként definiálja, amelynek egyaránt lehet terápiás vagy teljesítményfokozási (*enhancement*) célja is.<sup>34</sup>

A farmakolizáció pontos meghatározását Abraham alapján használom, aki kiegészítve a williams-i terminológiát a jelenséget olyan átfogó folyamatként írja körül, amelyben társadalmi, magatartásbéli vagy testi állapotokat kezelnek, vagy tüntetnek fel orvosi kezelésre szoruló kondícióként, és amelyben az elsődleges kezelési eszköz a gyógyszer.<sup>35</sup>

## **II. A férfiak biológiai és szexuális sajátosságainak medikalizációja a XIX-XXI. században**

Doktori értekezésem első nagy tartalmi egységében a speciálisan a férfiakhoz kapcsolódó életjelenségek medikalizációjáról írok. Elsőként a két klasszikus témakör, a maszturbáció és a homoszexualitás példáit használom fel a medikalizáció alapsajátosságainak körvonalazásához. Ezek ismerete azért fontos, mert általuk demonstrálható, ahogy a XX. század végén az orvostudomány terjeszkedésének mechanizmusa megismételte a XIX. században kimutatható sémákat az erektilis diszfunkció és az androgén alopecia medikalizációja során.

### **1. A férfi testének medikalizációja és demedikalizációja**

Az orvostudomány történetéről szóló szövegek dinamikáját alapjaiban véve meghatározza két egymással szorosan összefüggő jelenség. Egyrészt az a folyamat, melynek során

---

<sup>33</sup> Abraham J.: *Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions*. Sociology, (4) 44, 2010, 603. o.

<sup>34</sup> Ibid. 604. o.

<sup>35</sup> Ibid. 604. o.

epidemiológiailag jelentős betegségek egy korszakban feltűnnek, uralkodnak, majd elbuknak. Az orvostudomány történetében emellett épp oly jelentősek az egészségesnek és kórosnak tartott testi és lelki állapotok fogalmi átváltozásai. Kétség sem férhet hozzá, hogy azt a folyamatot, amelyet a terminológiai megfontolásokban medikalizációnak nevezünk, napjainkban elsősorban a túlzó tendencia uralja (*over-medicalization*). Ennek okai és következményei közös törőlfakadnak: a betegségek és azok gyógyítását ígérő terápiák száma növekszik, a biotechnológia és farmakológia jövedelmező iparága exponenciálisan fejlődik, ezáltal a medicina politikai és gazdasági értelemben vett hatalmi helyzete megerősödik és megszilárdul. A medikalizációról szóló diskurzus mindezek miatt *per se* képes megőrizni tudományos frissességét is.

A medikalizáció emellett azért is lehet évtizedek óta intenzív tudományos diskurzus tárgya, mert a modern kritikák a legnagyobb természetességgel öltik magukra az interdiszciplinaritás köpenyét. A tudományok együttműködése a medikalizáció diskurzusának reményét és veszélyét is egyaránt magában hordozza. Remény lehet abban az esetben, ha a szakmai együttműködés kezdetét egy amolyan explicit *tabula rasa* keretezi, mely kedvezően hat a tudományok hierarchikus elrendezésére nézve. Veszély lehet azonban akkor, ha az orvosbiológiai nyelvi és módszertani eszköztár háttérbe szorítja a leginkább a descartes-i *gondolkodó cogito* által jellemezhető módszeres szkepszist és a filozófia analitikus és kérdező attitűdjének hagyományát. Összességében úgy gondolom, hogy az interdiszciplinaritás mára megteremtette a medikalizált életterületekről szóló kritikák legitimációs lehetőségét azáltal, hogy a diskurzus már nem kizárólag társadalomtudományi berkeken belül zajlik, hisz nyelvezete és módszerei is igazán sokszínűek. A medikalizációról szóló nyelvi-metodikai komplexumban épp úgy otthonára lel az orvostudomány, mint a szociológia, vagy a filozófia és az etika. A fejezettel fő célom, hogy ezt az interdiszciplináris keretet tudatosan felhasználva demonstráljam, hogy milyen tudományos program és gyakorlati-életvezetési eszköztár vezetett el a biomedicina saját hatalmi tere számára kedvező átrendeződéséhez, amely önmagát folytonosan képes megújítani és újralegitimálni. Ennek a kedvező konstellációnak legfőbb hozadéka, hogy az orvostudomány a XIX. század óta megkerülhetetlen intézményesült hatalomként és elsődleges önértelmezési eszközként van jelen az életünkben.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> A dolgozat vizsgálódási időtartományát is ennek megfelelően a XIX. századtól napjainkig terjedő időszakra korlátozom.

Az 1960-as és 1970-es években Peter Conrad, Ivan Illich, Irving Kenneth Zola, vagy éppen Michel Foucault által különféle megközelítésekben tárgyalt medikalizációnak másik pólusaként a demedikalizációnak nevezett jelenséget is figyelembe kell vennünk. *Ennek során korábban orvosi problémának tartott jelenségek kerülnek ki a biomedicinális ellenőrzés alól.*<sup>37</sup> Bár kétségkívül ritka jelenségről van szó, napjainkban is számos orvosi felügyelet alatt álló emberi állapotnak (erektilis diszfunkció, androgén alopecia, figyelemhiányos hiperaktivitási zavar [ADHD]) és élettani folyamatnak (pl. szülés és születés, laktáció, szexualitás, stb.) a „felszabadításáért” folyik polgári, anti-diszkriminációs és szaktudományos berkeken belüli küzdelem.

Megítélésem szerint a demedikalizált életterületek esetcentrikus bemutatása jó lehetőséget nyújt rá, hogy a medikalizációról szóló kritikákat később egységes, konceptuális keretbe foglaljuk. Ennek kulcsa, hogy a medikalizációt esszenciális értelemben véve *normalizáló folyamatként* ragadjuk meg, amely által a biomedicina hatalmi helyzetét latba vetve konstruál és rekonstruál erkölcsi parancsokat (*normákat*). *A demedikalizáció diskurzusára így filozófiai praxisként is tekinthetünk, mely egyfajta lázadás az orvostudomány általános és partikuláris normalizáló gyakorlataival szemben.* A szexualitás medikalizációját a medikalizáció és demedikalizáció megkülönböztetésén keresztül vizsgálunk nem csak a strukturális felosztás miatt lehet gyümölcsöző vállalkozás. Ez a felosztás több mint pusztán a folyamat polarizált jellegére való rámutatás, vagy praktikus szövegszerkesztési gyakorlat. Tartalmi többlete abban rejlik, hogy támaszkodik Foucault arra vonatkozó intelmére, miszerint az általa „bio-hatalomnak” nevezett diszkurzív, intézményes renddel szembeni elméleti és még inkább a gyakorlati ellenállást megelőzőleg átgondolásra szorul, vajon a dekonstrukciót követő narratíva érdekében tényleg érdemes-e lépéseket tenni. Jó-e, ha végső soron az új diskurzus leváltja a régit? A férfiak szexualitásához kötődő de-medikalizált életterületek elemzése során ezért célom bemutatni azt is, hogy milyen alternatívákat kínáltak fel, vagy szorgalmaznak jelenleg is a medikalizált életjelenségeket bíráló szakemberek, jogvédő szervezetek és társadalmi csoportosulások.

Fókuszáljunk a következőkben a férfiak szexualitásának medikalizációjára és demedikalizációjára, mely a fejezet tartalmi keretét adja. A soron következő oldalakon igazolni kívánom a tézist, mely szerint

---

<sup>37</sup> Conrad P.: *Medicalization and Social Control*. Annual Review of Sociology, 18, 1992, 224. o.

(1) a férfiak testéhez kapcsolódóan általánosabbnak mondható az új patológiák leírásának jelensége, és meglehetősen ritka eseménynek számít, amikor a kóros állapotok palettájáról eltűnik egy már létező diagnosztikus klaszter. Erre azért van szükség, mert a férfi biológiai adottságaihoz, ezen belül is a szexualitásához gyakran inkább demedikalizációs példákat (pl. homoszexualitás, maszturbáció) társítunk, holott az ezredforduló óta egy igen agresszív medikalizációs iránynak is szemtanúi lehetünk.

(2) Ennek a hatalmi mechanizmusnak két fő aspektusát fogom részletesen elemezni. Elsődlegesen amellett fogok érvelni, hogy az erektilis diszfunkció és az androgén alopecia bio-hatalmi eszközökkel megvalósult medikalizációja során megismétlődtek a maszturbáció és a homoszexualitás konkrét eseteiben megfigyelhető *normalizációs mechanizmusok*. Ennek hatására a nyugati típusú országokban a XX-XXI. században jelentősen átalakultak a férfiakhoz társított normatív elvárások és a velük kapcsolatos társadalmi attitűd. Érvelésemben első sorban Michel Foucault és Herbert Marcuse hatalomra vonatkozó értelmezéseire támaszkodom, rámutatva azok legfőbb hasonlóságaira és különbségeire. A két szerző a medikalizáció vonatkozásában meglátásom szerint kitüntetett figyelmet érdemel. Foucault többek között a hatalom panoptikus fegyelmezőelvével magyarázza a medicina fölényes normatív szerepét, amely a totális ellenőrzés érdekében már az 1800-as években is igyekezett mindenhol és mindenkor jelen lenni. A Foucault által elemzett biológiai-élettani diszkurzív tér meglátásom szerint jól nyomon követhető a dolgozat témaválasztásához kapcsolódó medikalizált életterületek között. A biohatalom működési elvének megértése szempontjából értékesnek tartom Marcuse kapitalizmus-kritikáját is beemelni a dolgozatba, amely bár több vonatkozásban összeütközik a foucault-i tézisekkel, azonban az egyén önképének formálása, értékválasztásainak dinamizmusának megértése általa jól reprezentálható, így a frankfurti iskola kultúrkritikusának értelmezése hozzájárul a disszertáció téziseinek kifejtéséhez.

(3) Ezt követően az úgynevezett „betegségárusítás” (*disease mongering*) témakörének áttekintésére vállalkozom, amit az *erektilis diszfunkció* (merevedési zavar) és az *androgén alopecia* (férfias típusú kopaszodása) példáit felhasználva fogok demonstrálni, érintve Ivan Illich iatrogenézisét, valamint Michel Foucault a szomatizációról alkotott téziseit.



## 2. A férfiak testének és szexualitásának medikalizációja a XIX. századtól napjainkig

### 2.1 A maszturbáció medikalizációja és demedikalizációja

A maszturbáció és a homoszexualitás kivonása az orvosi felügyelet alól a demedikalizáció talán legszélesebb körben ismert két példája. Mi járult hozzá ehhez a „felszabaduláshoz”? Ha a medikalizáció esszenciális értelemben véve *normalizáció*, mely által nem kívánatos magatartások felügyelete, szelekciója és egyben a társadalmat irányító erkölcsi szabályok megalkotása és újraírása történik, joggal merülhet fel bennünk a kérdés, mi vezethetett el addig, hogy a hatalom lemondott, vagy lemondani kényszerült számára egykor fontos és ellenőrizni kívánt életterületekről. Helyettesítette ezeket valami mással? Ha nem, vajon csökkent a megfigyelés penetráns ereje?

Elsőként vizsgáljuk meg a *patologizáció* (betegséggé váló megragadás) mögött felsejlő okokat, vagyis tekintsük át a medikalizációnak kedvező társadalmi kontextus jellegzetességeit és a maszturbáció, később pedig a homoszexualitás orvosi kontroll alá kerülését és fokozatos kivonódását. Elemzésemben nagyrészt Foucault narratíváját követem, aki egyszerre genealógiai<sup>38</sup> és archeológiai<sup>39</sup> vizsgálat tárgyává tette az emberi szexualitást, annak is főként a férfiakat és a házastársi kapcsolatot érintő részeit. Ennek alapján fontos kiemelni, hogy a két életjelenség nem orvosbiológiai vizsgálat tárgyául szolgál, így célom nem az ezekhez fűződő természettudományos érvek és ellenérvek felsorakoztatása és igazságtétel közöttük. Célom sokkal inkább annak megértését elősegíteni, hogyan működik a medikalizáció, amelyet Foucault alapján *per ipsum* diszkurzív hatalmi stratégiaként kell interpretálnunk.

---

<sup>38</sup> A genealógia kifejezést Foucault Nietzsche, *A morál genealógiája* című írása nyomán használja. Ez a módszer azt igazolja, hogy egy gondolati rendszer kialakulása nem racionális alapokra visszavezethető társadalmi folyamatoknak, hanem a történelem kontingens fordulatainak eredménye.

<sup>39</sup> Foucault értelmezésében a történelem nukleusza a beszéd, így az archeológia voltaképpen a diskurzusok felemelkedésének és bukásának története. Ahogy *A szexualitás története* első kötetében írja, az archeológia hivatott feltárni „azoknak az intézményeknek, gazdasági folyamatoknak, társadalmi viszonyoknak [azt] az egész területét, amelyeket követve egy beszédképződmény tagolódhat.” (Foucault M.: *A szexualitás története I. A tudás akarása*. Atlantisz, 1999, 211. o.)

### 2.1.1. Az onanizáló alakjának archeológiája

A maszturbáció demedikalizációja több évszázados küzdelem során jutott nyugvópontra. A medikalizált korszak kezdetének a *L'Onanisme* című könyv 1760-as megjelenését tarthatjuk. Szerzője, Samuel-Auguste David André Tissot olyan patológiaként írta körül az „önfertőző” önkielégítést, amelynek szisztémás, tehát az egész szervezetet károsító, akár halálos következményeivel is számolni kell.<sup>40</sup> Ennek tükrében biztosak lehetünk abban, hogy a maszturbáció visszaszorítása a XVIII. században stratégiai kérdésnek számított, különös tekintettel azért, mert a fertőző betegségeken kívül igazán kevés betegség kórlefolyását és patogenezisét vélték ismerni. A patologizáció elsődleges oka azonban független az önkielégítő gyermek testi, vagy pszichés működésétől. Foucault szövegeiben, első sorban a *Szexualitás történetének* I. kötetében ugyanis amellet érvelt, hogy a felvilágosodás kori szövegek első sorban a társadalmi rend felborulásaként, pontosabban a gyermek nevelésének zavaraként ragadták meg, majd vonták orvosi ellenőrzés alá az önkielégítést végző serdülő (többségében fiúként leírt) alakját: tulajdonképpen a pedagógia medikalizálódása történt.

A XVIII. századi nevelésméleti diskurzus a gyermek egészséges felnevelésének szereplőit stratégiai okokból kizárólag a szülő-gyermek kettősre redukálta. Ezzel a gesztussal, *de facto* kiszorították a polgári és arisztokratikus családmódlben megjelenő, a nemi vágyat esetlegesen felébresztő, kívülről a család életébe behurcolt nevelőket (szolgák, dajkák, lakájok, stb.). Foucault maga is több szöveghelyen hangsúlyozza, hogy a „szexualitás sötét tébolya” a XVIII. században nagy számban érintette többek között az inasokat és a nevelőtanárokat is. „[...]ők állnak a fegyelmi bizottságok előtt, ők népesítik be a javítóintézeteket, a fegyenctelepeket, a bírósági tárgyalótermeket és tébolydákat; ők viszik a gyalázatukat orvoshoz, a betegségüket a bíró elé.”<sup>41</sup> A „szexuális perverzió” születése során tehát nem csak az onanizáló, „fejlődési zavaraiiban” szenvedő serdülő, de az onánia tárgyául *konstruált* (!) külső személyek is bekerültek a felügyeleti szigort gyakorló orvostudomány látókörébe. Hogy milyen mértékben részesedett a serdülő, vagy a bűnösnek kikiáltott *másik*, tehát az önkielégítésért felelősnek megített harmadik személy, nem is olyan lényeges. Ahogy

---

<sup>40</sup> Szegedi G.: *Az onanista alakja a 20. századi Magyarországon*. Korall, 17 (66), 2016, 36. o.

<sup>41</sup> Foucault, 1999, 43. o.

Foucault folytatja, „[...] nem is az elnézés szintje vagy az elnyomás mértéke a fontos; hanem az, hogy milyen hatalmi formában gyakorolják az elnézést vagy elnyomást.”<sup>42</sup>

Szegedi Gábor 2016-ban közölte az önkielégítés medikalizációjának és demedikalizációjának magyarországi történetéről szóló kutatási eredményeit, amelyben Foucault-ra támaszkodva számunkra is fontos megállapításokat tesz. Vele egyetértésben én is úgy gondolom, hogy a maszturbáció medikalizációjának megértéséhez fontosabb feltárnunk a háttérben működő *diszkurzív hatalmi rendszer* tulajdonságait, amelyről kimutatható, hogy tudatosan felszította a polgári családok szüleiben a gyermekük intakt testi-lelki fejlődését szemelőtt tartó pszichoszociális védelmi mechanizmusokat. Ennek hozadéka a szülők gondoskodásának módszeres kikényszerítése volt, hiszen a gyermekkori önkielégítés veszélyeiről szóló narratíva azt is közvetítette, hogy a bűnös gyermek mellett „ők maguk is bűnösök, ha nem nyitják ki szemüket; figyelmeztették őket a vissza-visszatérő veszélyre; előírták számukra a teendőket, átértelmezték a pedagógiájukat, egy egész orvosi-szexuális uralmi szervezetnek fektették le így az alapjait.”<sup>43</sup>

Összességében elmondható, hogy a XVIII. századra kialakult diszkurzív (tehát az élet menetének törvényeit intézményesen újraíró) hatalom a pedagógiai és egészségnevelői narratívák ötvözésével nem csak a testi gyönyör felfedezését gyakorló serdülők, de az egész család életterébe átszivárgott, majd gyökeret eresztett a nevelési irányelvek reformjai által. Az orvosi kontroll alkalmazása nem más célt szolgált, mint hogy a szülők kezébe jól használható, könnyen hozzáférhető pragmatikus eszköztárát adja annak a társadalmi programnak az eléréséhez, amellyel a gazdasági és politikai erőforrásként felfogott közösséget hasznos, produktív, termelő és mindemellett talán a legfontosabb, hogy a hatalom képére formált és általa ellenőrizhető gyermekekkel tudja újratermelni.

A medicinának mint a spekulatív előfeltevésektől és fogalmaktól megfosztott, empirikus alapokon nyugvó pozitív tudománynak racionalizált *nyelvezete* kiváltképp alkalmas volt rá, hogy az emberek a szexualitásról ne a „morál, hanem az észszerűség magasából”, vagyis a természettudományos „Ész” által tüzelt biológiai, lélektani és pedagógiai *terminus technicus*-ok felhasználásával beszéljenek és próbálják azt uralni. Ahogy arról többek között Thomas Szasz is ír *The Medicalization of Everyday Life* című kötetében, a maszturbáció feltételezett egészségkárosító következményeit (pl. epilepszia) megelőzendő, már az 1800-as évek végétől

---

<sup>42</sup> Ibid. 43. o.

<sup>43</sup> Ibid. 45. o.

alkalmaztak invazív orvosi eljárásokat is, egészen az 1900-as évek közepéig. A leggyakoribb ilyen beavatkozás a férfiak körülmetélése volt. Az előbőr sebészi úton történő eltávolításához a XIX. században gyakorta hozzátársult az a koncepció, miszerint az orvosok bátran támaszkodhatnak erre az eljárásra, hiszen a legkülönbözőbb betegségek (epilepszia, vízfejűség, malnutríció, tuberkulózis, agyhártyagyulladás, csontszövet sorvadása) kezelésében is hatásos lehet.<sup>44</sup> Azáltal, hogy a halatom az életet is veszélyeztető rizikóként jelenítette meg az önkielégítést, ezzel legitimálta az orvosi eszköztár egészének felhasználását. Ez tovább erősítette annak látszatát, hogy a XVIII-XIX. század társadalmainak az önkielégítő kiskorú képében valós orvosi és társadalmi problémával volt dolguk.

Foucault-nak egy a *Collège de France* falai között 1975-ben tartott előadásában (Szasz-szal összezsengve) azt hangsúlyozta, hogy a maszturbáló serdülőkről szóló diskurzus nem annyira moralizáló, semmint inkább szomatizáló és patologizáló formában született meg. Az ebben az időben már a *Collège* professzoraként alkalmazott Foucault előadásában a medikalizáció szomatizáló aspektusát „totális betegség fikciónak”, máshol „tudományos konfabulációnak” nevezi.<sup>45</sup> Vizsgáljuk meg Foucault tézisét részletesebben!

A XVIII. század tudományos álláspontját a maszturbáció egészségkárosító, fizikai és szellemi leépüléssel járó, majd halálhoz vezető veszélyeiről kampányszerű írásos és vizuális segédanyagokkal is igyekeztek alátámasztani. Az orvosi tankönyvekben lassanként meghonosodott a maszturbáció, „mint az összes elképzelhető betegség lehetséges oka” és „a különböző betegségek kóroktani táblázatának állandó tagja” lett.<sup>46</sup> A szomatizáció körül létrehozott társadalmi nyilvánosság által a közbeszéd részévé váltak azok a tünetek, amelyek hozzájárultak, ahhoz hogy a fiatalemberekben és ifjú hölgyekben kialakuljanak bizonyos, a bűnös lelkiismeret által előhívott „hipochonder képzelgések”. A propaganda által leigázott társadalomban néhány évtized alatt már minden tünet e „bűnös” szokáshoz kapcsolódott és minden tekintet ezt kereste.<sup>47</sup>

Az önkielégítés felügyelet alatt tartása tehát preventív és kuratív szempontból is egyaránt lényeges stratégiai részét képezte a XVIII. század *közigazgatási rendjének*. Ezen a ponton érkezünk el Foucault egyik igazán lényeges gondolata, az úgynevezett „*repressziós hipotézis*” cáfolatához. A rendfenntartás alapja ugyanis nem lehetett a szexuális szokások elhallgatása,

---

<sup>44</sup> Szasz T.: *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse, New York, 2007, 83-85. o.

<sup>45</sup> Foucault M.: *A rendellenesek*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2020, 237. o.

<sup>46</sup> Ibid. 235-236. o.

<sup>47</sup> Ibid. 237. o.

vagy a nemiséget tabuizáló nyelvi szemérem. Éppen ellenkezőleg. Foucault hangsúlyozza, hogy bár a nyelvi közlést ellenőrzés alatt tartották, hiszen „kodifikálták a metaforahasználat retorikáját”, és megszabták, hogy a testiség milyen keretek között tárulhatott fel, ez azonban nem vezetett el a szexualitásról szóló diskurzus spontán befagyásához, vagy módszeres befagyasztásához. A *Tudás akarása* épp ellenkező hipotézissel dolgozik, vagyis hogy a szexualitás történetének repressziós hipotézise egyenesen téves. Foucault tehát annak a tételnek az igazolására törekszik, hogy már a XVII. századi kereszténység szexuál-etikájának is része volt az egyén szexualitásának szervezett keretek közé zárt diskurzussá formálása és a társadalom kikényszerített „beszéltetése”. Egy diskurzus (*discours*) Foucault értelmezésében *eo ipso* olyan hatalmi keret, mely körülhatárolja, hogy az egyénnek egyes témákról milyen nyelvi eszköztár által, hol és kiknek lehet vagy éppen kell megszólalnia, ami természetszerűleg repressziót (lehatárolást) is jelent. Foucault felhívja rá a figyelmet, hogy a tradicionális keresztény lelkipásztori gyakorlat diszkurzív keretei mellett a XVIII. századra a szexualitásról meghonosult egy patologizáló, új beszédforma is. A maszturbáció diszkurzív (orvosi-élettani) hatalmi narratíváját előnyben részesítő hatalom nyelvi eszközei új lendületet adtak a nemi fejlődés és a szexualitás *normalizációjának*.

A maszturbáció-ellenes propaganda részeként új irodalmi műfajként megjelenhetett a „beteg által írott levél” is, amelyeket feltételezhetően orvosok (is) írtak. Az egyik ilyen levelet, melyet eredetileg Tissot közölt az 1760-as években, Foucault hosszabban idézi, majd a végén maró gúnnyal csapja agyon:

„Ez a szokás a legborzalmasabb helyzetbe taszított. A legkisebb reményem sincs rá, hogy még éljek néhány évet. Mindennap rémület fog el. Látom a halált nagy léptekkel közeledni [...] Amióta [*rossz szokásomra szert tettem* – M. F.], olyan gyengeség kerített hatalmába, amely egyre csak fokozódott. Reggel, amikor felkeltem [...] szédület fogott el. Végtagjaim összes ízülete egy rázkódó csontvázéhoz hasonló zajt hallatott. Néhány hónappal később [...] reggel, az ágyból kikelve, mindig vért köptem, és az orromból is vér eredt, vagy folyékony vagy részben alvadt formában. Olyan idegrohamaim voltak, [*utalás a hisztériával való komorbiditására* – T. G.], amelyek nem tették lehetővé, hogy megmozdítsam karjaimat.

Sokszor szédültem, és néha fáj a szívem. A belőlem távozó vér mennyisége [...] egyre csak növekszik [*és ráadásul egy kicsit náthás is vagyok!* – M. F.].”<sup>48</sup>

Foucault archeológiai elemzésének tehát egyik legfontosabb eredménye, hogy rámutatott a repressziós hipotézis konceptuális hibáira. Tévedés, hogy az orvos előtt feltárulkozó gyermek, vagy éppen a család valamiféle általános csendet tört volna meg a XVIII. században. A medikalizáció, mint diszkurzív hatalom nem szabadította fel néma titkolózásai alól a modern társadalmakat, csak átkeretezte a feltárulkozás alapkérdéseit: „hol és mikor tilos a nemiségről beszélni; pontosan hol, milyen beszédhelyzetekben és milyen társadalmi viszonyok közepette”.<sup>49</sup>

Milyen sajátosságokkal bír ez a hatalom, mely nem elégszik meg a maszturbáció és egyéb „fogytékos szexuális gyakorlatok” megbélyegzésével és tiltásával, hanem elhallgattatás helyett beszélteti is annak polgárait? Végso soron mi a szexualitásról szolo „beszédre bujtogetásnak” a célja? Tekintsük át pontokba szedve mindazt, ami hozzásegít minket annak megértéséhez, hogy miért a maszturbáció, majd egy szűk évszázaddal később a homoszexualitás tematizálta a modern polgári társadalmak diskurzusait, nem pedig a tyúkszem, vagy az aranyér. A szexualitás persze a tyúkszemnél (és az aranyérnél is) jóval izgalmasabb, ráadásul ősi tabuk és rituálék által meghatározott jelenség, de ennél a nyilvánvaló kontrasztnál többről is szó van.

(a) A maszturbáció medikalizációja által kiépült megfigyelési stratégia célja, hogy a hatalom a felvilágosító, egészségnevelő célzatú beszédekkel *mindenhol* és ennél is fontosabb, hogy *mindenkor* jelen legyen. A generációk körforgásának kvázi állandó pszichoszexuális fejlődése is ennek a célnak kedvezett, hiszen predesztinálja azt, hogy az önkielégítés nagy számban és időtlenül újratermelődjön. Így a közösség felé közvetített cél, vagyis a „probléma” mihamarabbi megszüntetése nem más, mint egyszerű félrevezetés volt. A hatalom érdekét szolgáló cél valójában a „bűn” végtelenségbe nyúló kreációja által kiépíteni a felügyelet időtlen hálózatát, amelynek a maszturbáció egy praktikus és nagy számban megjelenő esete volt. Mint azt Foucault hangsúlyozza, a hatalom „nem intézmény, nem struktúra, nem valamiféle erő, amellyel egyesek esetleg meg vannak áldva”, hanem „az a név,

---

<sup>48</sup> Ibid. 237. o.

<sup>49</sup> Foucault, 1999, 19. o.

amellyel egy adott társadalomban egy bonyolult stratégiai helyzetet megjelölnek”<sup>50</sup> így az, mint univerzálé nem létezhet reálisan, vagyis narratíváinktól függetlenül. A XVIII-XIX. század központi narratívái meglehetősen tudomány-centrikus és technokrata berendezkedésűek voltak. A hatalom és a tudomány pedig elválaszthatatlanul összefügg egymással Foucault életművében. Ennek magyarázata, hogy bár a szuverén, a kormány, vagy bármely „influenszer” törekedhet egyszemélyben a közbeszéd befolyásolására, de ennek sikerét nem az öhozzá kapcsolódó *politikai-közjogi státusz* szavatolja. A hatalom arra törekszik, és annak pragmatikus képessége, hogy megváltoztassa a nyelvet, amely az élet minden területét átjárja. A hatalom annak a kezében van, aki képes a nyelvi eszköztár olyan irányú manipulációjára, mely az ember egész életterét meghatározza. Ki vagyok én? Miért élünk? Mi a társadalom? Mik a céljaim? Foucault felfogásában a medikalizált társadalmakban működő hatalom nem az orvosok, csendőrök, nevelők által instanciált univerzálé, hanem szövevényes diszkurzív „támaszpontok” által, oksági képességgel felruházott mátrix, melyet diszkurzív eszközökkel, mesterségesen életben is kell tartatni.<sup>51</sup> Ennek érdekében kézenfekvő volt a szexualitás azon szegmenséből válogatni, amelyet korábban más diszkurzív környezet, vagyis a zsidó-keresztény szexuál-etika már „bűnös cselekedetként” bejáratott, és közösségének tagjait intézményesítve *vallatta* is róla.

(b) A hatalom az egyén önértelmezését is alapjaiban véve meghatározta, hiszen az ember, mint szubjektum, a XVIII-XIX. század hatalmi interpretációjában maga volt a szexualitás, állítja Foucault. Azt feltételezték, hogy az ember és szexuális szokásainak egylényegisége mindent elárul az *emberi természetről*.<sup>52</sup> Mint ahogy arról már szoltunk, Foucault hatalom-felfogásának fontos eleme, hogy a hatalom nem a deviáns szexuális szubjektumok elhallgattatására, elkendőzésére és kiirtására törekszik. A megszelídítés és a kontroll egyik elsődleges eszköze a racionalizáció, a „csak azért is” megértés, amely előhívja a hatalom és a tudomány organikus egyesülésének szükségét. A személyek felruházását egyfajta „állandó valósággal” az orvosbiológia nozográfiai (betegségosztályozó) eszközei segítették. Kialakulhattak ezáltal a *homoszexuális férfiak*, a *maszturbáló serdülők*, a *voyeristák*, *nimfomániások* egzisztenciális arculatai, akik ezek nélkül a propozíciók nélkül, önmagukban értelmezhetetlenek voltak. Módos Ádám és Sutyák Tibor rámutatnak, hogy Foucault szerint ezek a mesterségesen előállított típusok nem valamilyen univerzális, megváltoztathatatlan, immanens adottságokat jelenítenek meg. A szubjektum radikálisan

---

<sup>50</sup> Ibid. 93. o.

<sup>51</sup> Módos Á., Sutyák T.: *Michel Foucault szubjektum felfogása*. Imágó, (2) 23, 2012, 34. o.

<sup>52</sup> Foucault több vonatkozásban is ennek az állításnak a cáfolatára vállalkozott.

téridőbeli konstrukció, nem pedig transzcendens entitás.<sup>53</sup> A XVIII. századi polgári társadalmakban a diszkurzív hatalom törése következett be, amikor is a kánon- és egyházjogi polimorf felügyeleti eszközök helyét új valóságábrázoló szisztéma, vagyis a medikalizáció keretezte át. A szexuális szokásokat egymástól szisztematikusan elkülönítő diszkurzív gyakorlatok a perverziók jól dokumentált tárházát hozták létre, amelyek ezáltal a szubjektumok intézményesített rendjét is újratemthették. A maszturbáció és a homoszexualitás demedikalizációjának lehetőségét ennek a tézisnek a tükrében magyarázhatjuk Foucault szubjektum felfogásával is, hiszen a pszichoanalízis és az „autonómia” libertárius szlogenjét zászlajukra tűző emberi jogi mozgalmak képében jól látszódnak a XX. században megfigyelhető *diszkurzív töréspontok*. Ennek oka, hogy amint azt korábban hangsúlyoztam, az individuumok mint pozicionális szubjektumok, radikális tér és időbeliséggel rendelkeznek, amelyeknek alapvető tulajdonságait a már említett oksági képességekkel rendelkező hatalmi intézmények kijelentései hozzák létre, vagy éppen tüntetik el. A hatalmi intézményeknek ontológiai alapsajátossága (minden igyekezetük ellenére is) a radikális téridőbeliség, ezzel magyarázhatjuk a hatalmi diskurzusok cserélődését is (például azt, hogy a maszturbáció lelkipásztori ellenőrzése átfordul orvosiba).

(c) A Foucault által bemutatott hatalmi stratégia meghaladja a klasszikus polimorf felügyeleti stratégiákat, amelyeknek jogi és egyházi kánonra épülő tilalmai a hálószoba és a gyóntatófülke négy falai közé kényszerítették a szexualitást. A modern hatalom szerteágazó diszkurzív térben vallat, és a beszédre ösztönzés a perverzió medikalizációja által hozzájárult a kontroll differenciált, vagyis több szektorban (pedagógia, orvostudomány, pszichológia) működő elmélyítéséhez. A beszéltetés által kijelölhetővé váltak a normalitás és abnormalitás referenciapontjai. Ennek térbeli nukleusza maga az új hatalmi igényeknek megfelelően normalizált polgári család lett, amelyet Foucault az élvezet és a hatalom bonyolult, de jól formálható hálózataként az alábbi módon jellemez:

„[E]bben az erősen tagolt hálóban át lehet alakítani a háló különféle csomópontjai közti viszonyokat. A gyerekek és felnőttek elválasztása egymástól, a szülői szoba és a gyerekszoba szembeállítása, [...] a fiúk és a lányok viszonylagos elkülönítése, [...] a növekvő érdeklődés a gyermekkori szexualitás iránt, az önkielégítés feltételezett veszélyei, a pubertáskor újonnan

---

<sup>53</sup> Ibid. 37. o.



felfedezett jelentősége. [...] a titkok és könnyek, a cselédek egyszerre felértékelt és rettegett jelenléte...”<sup>54</sup>

Az otthon mint biztonságot és egészséges testi-lelki környezetet adó helyszín egyben optimális gyermekfelügyeleti tér is volt. A XIX. század közepén ez a „szentély” a külső tér számos apokrifnak mondható rítusai és démonjai által rövid idő leforgása alatt veszélybe került. A hatalom narratívájában az *otthontól való távolság* immanens megjelenítője lett a szexualitás elvadulásának és – Foucault terminológiáját használva – a szexuális túltelítettség lehetőségének. A normalizált szexuális környezetnek (domesztikált) térbeli, szokásbeli és hierarchikus struktúrája köszönőviszonyban sem volt a szétforgácsolódott, a modernitás többé-kevésbé új társadalmi helyszínein (börtön, kórterem, osztályterem, stb.) megfigyelhető viszonyokkal. A limitált felügyeleti lehetőségek miatt feltételezték, hogy ezeken a helyeken könnyebben kibontakozhatnak a gyönyör élvezeti módusait perverzióként *megkonstruált* szexuális másságok, amelyek paradoxnak tűnő módon a hatalom éltetőiként is szolgáltak. Ezért hangsúlyozza Foucault számos szöveghelyen, hogy a gyönyör és a hatalom voltaképpen egymást kergetve erősítik fel egymást. A normalizáció során kijelölt normális társadalmi struktúra életben tartásának alapfeltétele az abnormális univerzummal szemben konstruált „ördögűző” önigazolás.

Foucault-nak a szexualitás archeológiája által feltárt hatalom-értelmezése számunkra tehát jelenleg azért különösen fontos, mert rámutat, hogy összességében *téves az a koncepció, mely a modern ipari társadalmak represszív attitűdjét, szemérmes, tabuizáló hallgatását állítja*. A hatalom saját érdekében hozzájárult a szexuális patológiák genealógiájához. Érdeke tehát nem a „szexuális perverziók” eltüntetése, hanem folytonos aktuálissá tétele volt.

A XX. század pszichoanalitikus mozgalma bizonyos tekintetben mégis fordulatot hozott a maszturbáció patologizáló narratívájában. Többek között Sigmund Freud pszichoszexuális fejlődésmélete is hozzájárult az önkielégítés demedikalizációjához annak szorgalmazása által, hogy az orvosi diszkurzív kereteket, vagyis a szomatizációt egy szelídebb, pszichologizáló nyelvi eszköztár vegye át. Ennek részeként a maszturbáció igen fontos eszközként jelenik meg, amely Freud értelmezésében a felnőtté válás során elősegíti a reprodukciós célok interiorizációját, végső soron pedig a pszichoszexuális fejlődés révén

---

<sup>54</sup> Foucault, 1999, 49. o.

hozzájárul a *heteroszexualitás normalizációjához* is. A demedikalizáció zárófejezetei között tartják számon Alfred Kinsley két kötetét is, amelyek az 1950-es években szembementek Freud azon tézisével, miszerint az önkielégítés felnőttkori előfordulása a szexuális fejlődés végével megszűnik. Szegedi kiemeli, hogy a maszturbációt szomatizáló narratíváknak végérvényesen csak a hetvenesévek ellenkulturális mozgalmi vetettek véget azáltal, hogy „leszbikus és meleg, illetve feminista szerzők politikai üggyé tették az önkielégítést, ami különféle (kiváltképp a klitorális) orgazmusok és az élvezet felszabadításáról szólt. A saját magamnak ajándékba adott élvezet, a büntudat nélküli, a nyilvánosság által is elfogadott orgazmus az autonóm politikai szubjektum szinonimájává vált.”<sup>55</sup>

Ezáltal az önkielégítésnek a nyugati társadalmakban (valószínűsíthetően) végérvényesen megszűntek az abnormalitás, azon belül is az orvosi értelemben vett abnormalitás zászlaja alatt felépült patologizáló, stigmatizáló diskurzusai, amelyek mint az összefoglalóban hangsúlyoztam, egyszerre több, pedagógiai, pszichopatológiai, szexológiai szinten is zajlottak. Kovács József a maszturbáció betegségként való leírása kapcsán szintén kiemeli, hogy az önkielégítés története a medikalizáció iskolapéldájának tekinthető. Általa jól demonstrálható, hogy a keresztény szexuál-etika a maga mögött feltornyosult monumentális politikai és gazdasági erővel hogyan tudott egy morálisan helytelennek, bűnnek tartott emberi magatartást orvosi problémaként keretezni és ezáltal széleskörben ellenőrizni. Mint láttuk, a XX. század második felétől az új tudományos narratíva szerint a maszturbáció ártalmatlan és a szexuális fejlődésnek elfogadott, normális szakaszának tekintendő.<sup>56</sup>

## **2.2. A homoszexualitás medikalizációja és demedikalizációja**

A maszturbáció medikalizációja és demedikalizációja után vizsgáljuk meg a férfiak szexualitásán belül talán még ennél is híresebbnek mondható demedikalizációs eredményt, amely a homoszexualitáshoz fűződik. A *Mentális Betegségek Diagnosztikus és Statisztikai Kézikönyvében* (DSM) 1968 és 1987 között először szexuális devianciaként, majd később *ego-dystóniás* betegségként szereplő homoszexualitás majdnem húsz éven keresztül medikalizálta szisztematikusan a világ társadalmainak egy jelentősnek mondható részét. 1987 óta azonban a homoszexualitás már nem része a DSM-nek, hanem az emberi szexualitás

---

<sup>55</sup> Szegedi, 2016, 36. o.

<sup>56</sup> Kovács, 2007, 3. o.

egyik egészséges altípusának számít. Ennek a változásnak a háttérében számos anti-diszkriminációs polgárjogi mozgalom játszott szerepet, amelyek leszámoltak a zsidó-keresztény szexual-etika erkölcstelenséget és bűnt hangsúlyozó narratíváival.<sup>57</sup>

Foucault a homoszexualitás perverzióként való értelmezéséről is hosszasan írt a *Szexualitás története I. és II.* köteteiben, és az 1975-ben a *Collège de France*-on tartott előadássorozatának is immanens részét képezte a „férfiszerelem” medikalizációja. Az önkielégítés, akárcsak a homoszexualitás, a nemiség modernkori toposzaiként megkerülhetetlen életjelenségek voltak Foucault számára annak a tézisnek az igazolásához, miszerint a nyugati kultúrákban a szexualitás a szubjektivitás alapjául szolgált és életben tartotta a hatalom önigazoló-önteremtő mechanizmusát. A következőkben vizsgáljuk meg azt a folyamatot, hogyan vált a homoszexualitás a rólunk szóló *episztemikus* tudás tárgyává.<sup>58</sup> Ennek megértéséhez segítségünkre szolgál Foucault-nak azon tézise, miszerint a diszkurzív hatalom a szubjektum szexualitásában nem csak és kizárólag a „bűnös szokásokat” ismerte fel, hanem az *embertípusokat* is.

Foucault archeológiai-történeti elemzése lenyűgöző precizitással tette tárgyává a homoszexualitás medikalizációját. A szerző a szexuális perverziókról szóló szövegek között kutakodva legkorábban Westphal 1870-ben megjelent cikkében találta meg a *bűnös cselekedet bűnös természetté* formálásának aktusát. „A homoszexualitás ugyanis, ne feledjük, csak attól fogva lett pszichológiai, pszichiátriai és orvosi kategória, hogy már nem a szexuális kapcsolat egyik típusának tartották, hanem inkább a szexuális érzékenység speciális formáját, *a férfiasság és nőiesség sajátos keverékét* látták benne.”<sup>59</sup>

Foucault *A gyönyörök gyakorlása* című művében, azon belül is az „Erotika” című fejezetben értelmezi a görög antikvitás „fiúszerelemhez” kapcsolódó koncepcióit. Meglehetősen kevés antik szöveg maradt fenn, mely az azonos nemű személyek közötti élvezeti formákról írt volna. Ami viszont fellelhető, nagyrészt a szókratészi és platóni korpuszhoz kapcsolódik, így a szerző is ezeket elemezve fogalmazza meg téziseit. Ezek közül is talán az egyik legfontosabbat Xenophón *Lakomájának* az elemzésén keresztül fejt ki: a modernitással ellentétben a nők és férfiak bevonását a szexuális aktusba a görögök nem identitás-teremtésként, vagy értékválasztásként értelmezték. A történetben szereplő

---

<sup>57</sup> Ibid. 2. o.

<sup>58</sup> Az *episztemé* fogalma Foucault narratívájában egy jól körülhatárolt téridőbeli alakzatnak a tudományait jelenti, episztemológiai gyakorlatból konstruált mátrixként értelmezendő.

<sup>59</sup> Foucault, 1999, 46. o. Kiemelés tőlem (T. G.) –Akárcsak Platón idején, amikor is a férfiszerelem problémájának forrása szinte kizárólag a férfi feminin, passzív viselkedési sajátosságaihoz társult.

Autolükosznak, a gyönyörű ifjúnak a tiszteletére ünnepséget rendezett Kalliasz, amelyen számos vendég, többek között nős férfiak és maga Szókratész is részt vett. Utóbbiak a lakoma végeztével „régí vágyaikat” közösen megélték Autolükósszal. Ehhez hasonlóan, a *Prótagorasz* című mű kezdetén is a Szókratész és Alkibiadész közötti homo-erotikus vonzalomról szóló párbeszéd teremtette meg a Kalliklész meglátogatásának kontextusát, ahol végül a híres szofistával, Prótagorasszal találkozhattak. Hogy a (férfi) ember férfival vagy épp nővel élt nemi életet, semmilyen formában sem kapcsolódott hozzá az egyén egzisztenciális alapsajátosságaihoz, még kevésbé *biologikumához*, vagy *természetéhez*. „A férfiakkal vagy a nőkkel való szexuális viszony nem jelentett osztályozási kategóriát, amely alá az egyéneket be lehetett volna sorolni.”<sup>60</sup> A vágy természete szerint a szépre, a kíváncsra irányult a görög felfogás szerint. Foucault természetesen nem mulasztotta el a modern kor, beleértve a XX. századot is, és az antikvitás közötti különbségeket kiemelni. Ezek *expressis verbis* a fiúszerelem megragadásában, a jelenségre vonatkozó reflexióban mutatkoznak meg. „Az olyan elgondolásban, mint a miénk, a két azonos nemű egyén közötti kapcsolatra mindenekelőtt a vágy alanyának szempontjai felől kérdezznek rá: miképp lehetséges, hogy egy férfiban olyan vágy alakuljon ki, amelynek tárgya egy másik férfi? [...] A görögöket viszont nem a vágy érdekelte, amely egy ilyenfajta viszony létesítésére irányult, és nem a vágy alanya.”<sup>61</sup> Foucault a *Szexualitás története* II. részében nagyrészt a szókratészi és platóni szövegekre támaszkodva amellet érvel, hogy a fiúszerelemről szóló diskurzus morális dimenziója a görögöknél tökéletesen illeszkedik abba a nagyszabású filozófiai programba, melynek során a részt (azonos nemű párok gyönyörkeresése) az egészhez (filozófiai erotika) próbálták illeszteni. A megoldás ennek fényében tehát a barátságnak (*philia*), mint társadalmilag értékes köteléknek az elérése volt, mely konceptuális értelemben sem represszív, sem felügyeleti dimenzióval nem rendelkezett.<sup>62</sup>

Ahogy arra már több vonatkozásban utaltam, Foucault a homoszexualitást és az egyéb perverziókat előállító, adminisztráló és felügyelő diszkurzív hatalom kibontakozásában nagy szerepet tulajdonított a szexualitásról szóló (pár)beszéd fragmentálódásának és pólusainak megváltozásának. Ez persze nem jelentette azt, hogy a diszkurzív sokszínűség dekoncentráltá volna a XIX. századi hatalmat. Foucault hangsúlyozza, hogy a zsidó-keresztény szexuál-etika óta a szexualitás feltárulkozásának felügyeleti és diskurzus előállító eszköze változatlanul a *vallomás* maradt. A szexualitásról szóló vallomástétel technikái azonban a XVIII. és XIX.

---

<sup>60</sup> Foucault M.: *A szexualitás története II. A gyönyörök gyakorlása*. Atlantisz, Budapest, 2019, 194. o.

<sup>61</sup> Ibid. 230. o.

<sup>62</sup> Ibid. 230. o.

század fordulójára nem csak a szókészlet, de funkcionális és térbeli viszonyaikat tekintve is jelentősen megváltoztak. A legszembevetőbb változás a szexuális magatartásról szóló nyelvi eszköztárban állt be. Az intézményesített identitás-teremtés az orvosi szomatizáló és pszichologizáló diskurzusával lassanként meghonosította, hogy a beszéd tárgyát (homoszexuális tettek) magával a beszélővel (homoszexuális szubjektum) azonosítsák. *Foucault szubjektum-és hatalomfelfogásán keresztül brilliánsan mutatta be, hogyan vált a vallomástétel eszköze egy nagyszabású identitáspolitikai kiszolgálójává.*

A nemi életre vonatkozó kötelező vallomástételnek a medikalizációt megelőzően megfigyelhető szertartásos erejét Foucault az alábbi módon foglalja össze. „A vallomás olyan nyelvi szertartás, amelyben a megnyilatkozó alany *azonos a megnyilatkozás tárgyával* (kiem.: T.G.); olyan szertartás, amely egy hatalmi viszonyban teljesedik ki, mivel a vallomástevőnek nélkülözhetetlenül szüksége van egy társ (legalábbis virtuális) jelenlétére; ez a vallomást megkövetelő fórum képviselője – kényszerít, értékkel, ítél és büntet, feloldoz és megbékít.”<sup>63</sup> A vallomástétel etikai dimenziója kettős, ugyanis jelentősége egyrészt az *identitásképzésben*, másrészt szakrális, *feloldozó-üdvöztető* erejében van. A gyónás identitásképző technikáját első sorban az egyénnek, mint szexuális szubjektumnak a vallomásában megjelenő, normálisként és abnormálisként dekódolt viselkedéssjegyek irányítják. Amellett, hogy az egyén a vallomástételi kötelezettségének eleget téve identitásának velejéről nyilatkozik meg, a befogadó (gyóntató) reakciója által egy ültő helyében feloldozásban is részesülhet, amely a „beszédre-bujtogatás” fontos motivációjaként is szolgált.

A medikalizáció identitáspolitikája azonban másként működik. Bár a szexualitásról szóló *tudományos* diskurzus továbbra is a normalitás és abnormalitás, helyes és helytelen, egészséges és deviáns bináris oppozícióit használja, de a vallomások rituális szerepe szinte teljes mértékben megszűnt.<sup>64</sup> A vallomást a XVIII. és XIX. században aktívan hallgató egészségügyi szakemberek feladata már nem a bűnbocsánat közvetítésére, csak a precíz dokumentációra korlátozódott. Figyelmük elsődleges motivációja összességében annak a nagyszabású igazságleíró projektnek vált kiszolgálójává, amelyet Foucault az *ars erotica* irányából a *scientia sexualis* irányába történő fordulatként értelmez, amely megkövetelte a korábbi episztemiológiai diszpozíciók radikális átalakulását (lelkipásztoriból orvosi gyakorlat) is.

---

<sup>63</sup> Foucault, 1999, 63. o.

<sup>64</sup> Nyelvünk azonban ránk is áthagyományozta a meleg-közösség „előbújásának” és „bevallásának” aktusait, amelyhez gyakorta morális felelősséget is társítunk, mondván: „Aki meleg, ne titkolja, hanem álljon elő melegségével!”

A *scientia sexualis* Foucault számára azért igazán különleges, mert abban soha addig nem látott módon ötvöződnek a bűnbocsánat vallatási technikájának sajátosságai a XIX. századi tudományos diszkurzivitással. Mit eredményez mindez a szexuális perverziók medikalizációjának, különösképpen a homoszexualitásnak a vonatkozásában? Könnyen beláthatjuk, hogy az intézményesített vallomás medikalizált gyakorlata miben hozott változást a korábbiakhoz képest. A keresztény szexuál-etika írott és íratlan normáival összeférhetetlen, deviáns szexuális magatartást megélő egyén beszámolója a bűnbocsánatát gyakorló személy és az arc nélkül feltárulkozó érintett közötti bizalmas információ maradt. *A felek kapcsolati dinamikáját a titoktartás által körülvengett, atya és tanító-jellegű paternalista pedagógia bocsánatgyakorló és tanító struktúrája jellemezte. A medikalizált vallomás azonban nem elégszik meg a bizalmas légkörben kicsikart vallomással, hanem tudományos igényességgel létrehozta a deviáns szexuális magatartások archívumát is.* „Ez az [keresztény – T.G.] archívum azonban jó ideig létrejöttével egy ütemben semmisült meg. És úgy tűnt el, hogy semmi nyomot nem hagyott maga után *(így kívánta a keresztény gyónás intézménye)* (kiem.: T. G.), mígnem az orvostudomány, a pszichiátria meg a pedagógia kísérletet nem tett a megőrzésére: Campe, Salzmann, majd főleg Kaan, Krafft-Ebing, Tardieu, Molle és Havelock Ellis, mind-mind sokat fáradoztak azon, hogy összegyűjtsék a szexuális másság szegényes költészetének dokumentumait.”<sup>65</sup>

A homoszexuális mint *embertípus* létrehozásának pontosabb megértéséhez Foucault genealógiai nézőpontjából további két kérdést kell körüljárnunk, amiket a maszturbációról szóló diskurzus szabályszerűségeinek kapcsán is megtettünk:

(1) *Melyek azok a társadalmi események, intézmények, nyelvek, vagy diskurzusok amelyek hozzájárultak ahhoz, hogy a homoszexualitás embertípusa kialakuljon?*

(2) *Melyek azok a társadalmi események, intézmények, nyelvek, vagy diskurzusok, amelyek hozzájárultak ahhoz, hogy bár a XIX. században számos szexuális perverziót nyilvántartottak, mégis a homoszexualitás lett az, amely ezek közül fennmaradt?*<sup>66</sup>

Foucault-nak mindkét kérdésre adott válasza két, egyaránt fontos és párhuzamosan végbemenő változásokhoz kapcsolódik, amelyek együttesen segédkeztek a szakrális felől a diszkurzív, medikalizált hatalmi irányba történő átrendeződéshez. Első megközelítésben

<sup>65</sup> Foucault, 1999, 65. o.

<sup>66</sup> McWorther L.: *Foucault's Genealogy of Homosexuality*. Journal of French and Francophone Philosophy, (6) 1-2, 1994, 50. o.

fontos tudnunk, hogy a XIX. századi politikai erőter erődemonstrációs célból megkívánta a népességnövekedést, ami mint fontos stratégiai kérdés, kollektív, intézményes (népesedéspolitikai) támogatást élvezett akkor is és élvez ma is. Foucault indoklásának második tétele a biológia tudományán belül végbement konceptuális átalakuláshoz kapcsolódik, amelynek során az organikus és in-organikus létezők szembeállítását meghaladva létrejöhett az *élet-fogalom* (organizmus) szaktudományos kategóriája. A szexualitásnak, azon belül is a homoszexualitásnak a medikalizációját vizsgáló szakirodalomban két egymáshoz szervesen kapcsolódó szöveghellyel szokás alátámasztani azt a folyamatot, amely végső soron elvezet minket Foucault hatalom-koncepciójának kulcsfogalmához, amelyet *bio-hatalomnak* nevez. Ezek közül az egyik rámutat arra a stratégiai átalakulásra, aminek során a zsidó-keresztény szexuál-etika egyházi keretek között a heteroszexualitást normalizáló mechanizmusát lassanként kiegészítette az orvostudomány „szamaritánusi” jó-akarata: „Ilyenformán elmondhatjuk, hogy a halálba küldeni és az életben hagyni ősi jogát hovatovább egy másik jog váltotta fel, az *élni segíteni* (kiem.: T.G.) és a halni hagyni joga.” Foucault felismerése rámutat arra, hogy a halál feletti uralom összességében nem volt *totális* uralmi pozíció. Az *élet feletti uralom* irányába történő terjeszkedése a társadalom normalizációja révén azonban abszolút uralmi potenciált rejt magában.

Milyen főbb hozadéka is volt a szexualitás normalizációjának a viktoriánus korban? A *Tudás akarása* már az első hasábjain azzal a felütéssel kezdődik, miszerint a buja, obszcén és szemérmetlen XVII. század két évszázad alatt belesüppedt a „viktoriánus polgárság egyhangú éjszakáiba”. Létrejött a családnemzésre korlátozott szexuális élet, mint új norma. Abnormálissá, természetellenessé és végül büntetendővé vált ezzel szemben minden „öncélú szexualitás”, tehát a gyönyör *nem reprodukciós célból történő átélése*.<sup>67</sup> A szexuális devianciák, amelynek legnagyobb károsultja maga a homoszexualitás volt, az optimális születés-halálozás arányszám elérésének biopolitikai stratégiai áldozataivá váltak. Beláthatjuk, hogy medikalizációjáért nem csak a tradicionális szexuál-etikai kánonnal való összeférhetetlensége a felelős, hanem egy jól körvonalazható biopolitikai érdeksérelem is, hiszen a férfiszerelem hátráltatta az alapvető népesedéspolitikai, tehát *bio-hatalmi* érdekeket is.

A második, tehát a homoszexualitás medikalizációjának perzisztenciáját firtató kérdésfelvetés megválaszolásához Foucault ugyancsak tudománytörténeti eszközökhöz nyúl.

---

<sup>67</sup> Foucault, 1999, 7. o.

Be kell látnunk, hogy a XIX. század tudományos fejlődése a biológia diszciplináris előretörésével továbbra is arra törekedett, hogy megtalálja azt a tudományos módszert és nyelvet, amely leginkább alkalmas lehet az *igazság diskurzusának* megteremtésére. Foucault szellemi nagyságának és tudományterületeken átívelő rendkívüli tájékozottságának köszönhető annak a felismerése, hogy a szexuális perverziók medikalizációjára épülő identitáspolitikai milyen akkurátusan illeszkedik bele az ember antropológiai alaptulajdonságainak és tudományfilozófiai célkitűzéseinek történelmen átívelő láncolatába. Ennek retorikai lenyomata a *Szexualitás története I.*-ben az a szöveghely, amelyet Arisztotelész parafrázisának is tekinthetünk. Ez pedig nem más, mint Foucault-nak az a felismerése, miszerint a nyugat-európai ember nem csak hogy *zoon politicon*, de sokkal inkább „vallomástevő állat”. A XIX. század a tudományevolúció azon időszakának kezdete, amikor az ember társadalmi, interszónális öngazdálkodása perifériára szorult. „Az egyén sokáig csak a többiekre való hivatkozással, illetve a többiekhez fűződő kapcsolatának (család, hűbéri kötelék, valakinek a pártfogása) megjelenítésével hitelesítette önmagát [...] Az igazság bevallása tehát a hatalom által kezdeményezett individualizáló eljárások szerves részévé, sőt, központi elemévé vált.”<sup>68</sup>

A *homo sapiens sapiens* XIX. századi ontológiai alapállása tehát az *önmagáról vallomást tevő állat*. Ennek felderítésére egy jólszervezett „vallomás-tudomány” létesült. „Az a tudomány, amely a vallomástétel szertartásaira és a vallomás tartalmára épít...”<sup>69</sup> A vallomás-tudomány talán legfontosabb tartalmi komponense a „bevallott bevallhatatlanság”, aminek paradoxonját Foucault egy meta-tudományos és nyelv-filozófiai kérdésfelvetésben ragadta meg. „Elméleti és módszertani paradoxon: hosszadalmas viták arról, vajon meg lehet-e alkotni a szubjektum tudományát, vajon mennyiben tekinthető érvényesnek az önvizsgálat, az átélt élmény evidenciája, vajon hozzáférhet-e a tudat önmagához [...] vajon alkalmas-e a vallomás régi jogi-vallási modellje arra, hogy kifejezhesse az igazságot, vajon alkalmasak-e a tudományos nyelv szabályai a vallomás kierőszakolására?”<sup>70</sup>

A *biológiának és a természettudományoknak a XIX. században végbement felértékelődése a vallomástétel eszközén keresztül megkísérelte az embert objektív és tényszerű megfigyelés tárgyaként leírni*. Mivel a biológia az organikus és inorganikus oppozíciókat felhasználta, ezáltal lehetővé vált a természeti környezet részeként felfogott

---

<sup>68</sup> Ibid. 59. o.

<sup>69</sup> Ibid. 66. o.

<sup>70</sup> Ibid. 66. o.



embernek is a biológia diszciplináris kereteit felhasználó tudományos diskurzus kibontakozása. Milyen biostatistikai alapfogalmakon keresztül írható körül egy organizmus? „Az organizmusnak funkcionális rendszerei, növekedési és hanyatlási ciklusai vannak; így alkotórészei nem csak térbeli elrendeződésben, hanem elsősorban időbeli kapcsolatban állnak egymással. Egy organikus test esszenciális értelemben véve egy fejlődés (*process*) alatt álló test.”<sup>71</sup> *A tökéletesnek vélt vallomástételi nyelvi eszköztár egymáshoz fűzi az egyén testi-lelki-szociális komponenseit és azokat egy medikalizált értékrend szerint szintetizálja. A szintézis eredménye egy bio-hatalmi, a szubjektumot és az egész társadalmat alapjaiban meghatározó (adminisztráló, felügyelő, teremtő) mátrix.*

Foucault a biohatalom konceptuális kereteit a *Szavak és a dolgok* című kötetében (1966) dolgozta ki, amely életművében a pszichiátria hatalmi működésének archeológiai vizsgálatát feltáró *Bolondság történetét* (1961) követte. Előbbiben eképpen írja körül az újfajta hatalmi erőviszonyokat. „A nyugat-európai ember lassanként megtanulja, mit jelent, hogy eleven faj az eleven világban, hogy van teste, vannak életkörülményei, van várható életkora, egyéni és kollektív egészsége, vannak módosítható erői, és hogy van egy olyan tere, ahol a lehető legkedvezőbb módon el lehet osztani ezeket az erőket.” Ez a hatalom számára kedvező biopolitikai érdekeket szolgáló konstelláció alakult ki a XIX. században azáltal, hogy a szubjektumot a szexualitás különféle dimenzióiból megkomponálta. Foucault így folytatja: „Alighanem ez az első alkalom a történelemben, hogy az ember biológiai meghatározottságai visszatükröződnek a politikában; az élet ténye már nem az a megközelíthetetlen talapzat, amely csak időnként bukkan fel, a halál és a végzet kiszámíthatatlan szeszélyei szerint, hanem bekerül a tudás meg az élet folyamataiba beavatkozni kívánó hatalom hatókörébe is.”<sup>72</sup> Mindezek tükrében válik igazolttá, hogy a XIX. századi identitáspolitikai apránként a biopolitika hatása alá került.

A bio-hatalom számára jól látható szervezőelvek mentén, racionalizált, tudományos diskurzus felhasználásával tárul fel a szexuális szubjektum és a társadalom egésze. Mivel egy organizmus téridőbeli létező, így beilleszthető valamilyen célokság vezérelt fejlődéstörténetbe. Az ember ennek tükrében válik normálissá, vagy éppen abnormálissá. A bio-hatalom nem mást tett, mint felhasználta az ember fiziológiai, főként nemi sajátosságait és normalizálta azokat. Ladelle McWortherrel egyetértésben én is úgy gondolom, Foucault elvitathatatlan érdeme, hogy felismerte, hogy a biológia deskriptív tudományos működése

---

<sup>71</sup> McWorther, 1994, 51. o.

<sup>72</sup> Foucault M.: *A Szavak és a dolgok*. Osiris Kiadó, Budapest, 2000, 147. o.

mellett előtérbe került annak preskriptív programja is. Az organikus fejlődés normalizációja ugyanis megteremtette a lehetőséget, hogy a hatalom cselekvési alternatívákat dolgozhasson ki azokra az esetekre, ha az egyén abnormális fejlődési ütemei jelentkeznének. A biológia és az orvostudomány tehát normalizált tudományterületek, amelyek specializációik által, pl. a szexológia és a pszichiátria segítségével létrehozhatták a homoszexualitást. A homoszexuális szubjektumnak esszenciális attribútuma, tehát személyes identitásának alapköve, hogy a normalizált fejlődési ütemektől eltér.

A homoszexualitás medikalizációja, mint a bio-hatalom számára fontos stratégia illeszkedik abba a kategóriába, amit Sutyák Tibor „a fajfenntartó magatartásformák szocializálása” címmel írt körül. A homoszexualitás nem fért össze a bio-hatalom fajfenntartó teleológiájával, a családon belüli heteroszexuális, a népszaporulat és az utódnemzés céljából létesített szexuális aktusok ideológiájával.<sup>73</sup> Habár Foucault explicit módon nem foglalkozott azoknak az okoknak a feltárásával, amelyek hozzájárultak a homoszexualitás majd két évszázadon átnyúló medikalizációjához, számomra azonban meggyőző McWorther ezzel kapcsolatos hipotézise, amelyet egyben tekinthetünk a homoszexualitás medikalizációjáról szóló rész lezárásaként is. Ő ugyanis azt állítja, hogy a normalizáló tudományok számára létkérdés volt, hogy olyan deviánsnak tartott szexuális magatartásokra támaszkodjanak, amelyek a társadalomban viszonylag nagy számban fordulnak elő. Ezáltal a többségi társadalom számára máris adott volt a lehetőség, hogy ne csak elbeszélésből, de személyesen tapasztalják meg a homoszexuális egyének másságát.<sup>74</sup> Mint látni fogjuk, a rövidesen bemutatásra kerülő medikalizált férfi életterek esetében ugyancsak azok a testi tömegtapasztalatok medikalizációja igazán kifejezett, amelyek nagy számban előfordulnak (kopaszodás, erektilis diszfunkció).

### 3. Részkonklúzió

Összegzésként jól körvonalazódnak a homoszexuális és a maszturbáló egyén medikalizációjának közös nevezői, amelyek alapján fontos megállapításokat tehetünk. Mindkét esetben az egyének biológiai sajátosságait felhasználva váltak biopolitikai áldozattá

---

<sup>73</sup> Sutyák T.: *Michel Foucault gondolkodása*. Attraktor, Gödöllő, 2007, 156. o.

<sup>74</sup> McWorther, 1994, 54. o.

annak köszönhetően, hogy a hatalom affirmációja érdekében létrehozta azokat, mint normalizációs eszközöket. Ez a hatalmi törekvés egy monumentális vállalkozás, amely látszólag tehát nem csak az egyén, de a faj egészének boldogságának és túlélésének rendelődött alá. „[...] biológiai értelemben a szexualitás – a szexuális kapcsolatok, a nemi betegségek, a házastársi kapcsolatok, a különféle perverziók- „felelős” a faj egészségéért: a nemiségnek persze megvannak a maga betegségei, de itt ennél többről van szó, arról, hogy a nemiség, ha nem ellenőrzik, át is adhatja a betegségeit, sőt, újakat teremthet a jövő nemzedékek számára: a nemiség hirtelen a faj patológiai-tőkéjének középpontjába kerül.” Ennek a vállalkozásnak a mecénása az orvostudomány, bevonódásával megalkotta a szexuális szubjektumról szóló bio-politikai diskurzust. Konklúzióként fontos kiemelni, hogy a homoszexualitás és a maszturbáció medikalizációja mindkét esetben hozzájárultak a *heteroszexualitás*, mint norma és a *heteroszexuális szubjektum*, mint idol megszületéséhez, amelyeket ezáltal tekinthetünk a XIX. század medikalizációjának mesterségesen előállított bio-politikai termékeként, de akár interpretálhatjuk annak melléktermékeként is. Ami ezeket a termékeket egy ideológiai keretbe foglalja pedig nem más, mint a biomedicina által újralegitimált androcentrizmus, amely a férfi felértékelődésével és a nő devalválásával együttjáró kontextus létrejöttét jelenti. Természetesen, mint azt a későbbi fejezetekben látni fogjuk, a XX. és XXI. század medikalizációjában, az androcentrizmussal a heteroszexualitás normalizációja is együttjár, amely számos axiológiai átalakulásokhoz vezetett.

Foucault később *A szexualitás története* további kötetében többek között az élet esztétizálása által megalapozható szubjektum kérdéseivel foglalkozott, amely a jelenlegi vizsgálódás tartalmi és formai kereteit is meghaladja, így vizsgálódásunknak ezen a ponton más irányt kell vennie.

#### **4. A megöregedő férfi-testek medikalizációja**

Mi történt az 1980-as évek vége óta? Bővült, vagy éppen szűkült a férfiak biológikumához, fiziológiai sajátosságaihoz, és szűkebb értelemben véve a szexuális viselkedésükhöz kapcsolódó patológiák száma? Mi tartozik hozzá korunk szexuál-etikai kánonjához? Mit tehet meg és mit kell megtennie egy egészséges férfinak a „sikeres öregedéshez” (*successful aging*) és mi a szerepe ebben a folyamatban a nemi életnek? Átfogóbb lett-e a diszkurzív orvosi kontroll, vagy gyengült? Hová fejlődött a nyugati

társadalmak technokrata optimizmusa? Tekintsük át a XX-XXI. század medikalizált életterületeit, amelyek a szakirodalmat az elmúlt fél évszázadban a férfiak esetében tematizálták. Már a vizsgálódás kezdeti pontján szeretném világossá tenni tézisem, miszerint a viktoriánus kor medikalizációjának felismerése és kárfelmérése összességében nem segített elkerülni új férfi életterületek megkérdőjelezhető szükségességű, vagy mértékű medikalizációját. *Azt állítom, hogy az erektilis diszfunkció és az androgén alopecia medikalizációi magukban hordozzák a maszturbáció és a homoszexualitás bio-hatalmi érdekeket kiszolgáló stílusjegyeit, amelyekre Foucault rámutatott.*

A következőkben feltárom azt a szociokulturális kontextust, amelyben a férfiakat a mai napig érintő két problémakör, vagyis az erektilis diszfunkció és a férfiak hajhullásának (androgén alopecia, vagy *male pattern hair loss*) medikalizációja megjelenik. Lehet-e egészséges egy harminckétéves kopasz férfi? Normális-e az a partnerkapcsolat, amelynek tagjai a behatolással járó szexuális aktusok helyett az intimitásnak ettől eltérő dimenzióit preferálják? Semmikképp nem szeretnék az elemzésben előre szaladni, de talán ezen a ponton is érdemes leszögezni, hogy a dolgozat írójának álláspontja – a már említett egészséges szkepszisből felocsúdva – csatlakozik a társadalomelmélet konstrukcionista kritikai táborához, akik mindkét felvetésre határozott fejbólintással válaszolnak. Michel Foucault nagyszabású tudománytörténeti, archeológiai és genealógiai perspektívája, amellyel az emberi szexualitást a hatalom vonatkozásában vizsgálta, arra ösztönöz, hogy normalitásról és abnormalitásról, egészségről és betegségről ne csak eldöntendő, bináris kérdéseket tegyünk fel. Ennél mélyrehatóbb elemzések lehetőségét adja, ha inkább azt vizsgáljuk, mely társadalmi folyamatok, diskurzusok és hatalmi eszközök járultak hozzá, hogy a példaként felhozott kérdések egyáltalán felmerülhessenek.

#### **4.1. A testet öltött emberi önkép – A szelf medikalizációja**

Az emberi önkép (szelf) megteremtésének kérdéskörével számos tudományterület foglalkozik, beleértve az orvosi antropológiát, a pszichológiát és a filozófiát is. Az önkép mindazonáltal klasszikusan a pszichológia tudományának *terminus technicus*, ezért én is a szociálpszichológus Pataki Ferenc terminológiáját követem. A szelfet egy olyan önreflexív énként értelmezem, amely az önteremtő egyén élete során átélt kognitív, emocionális és

szociális élmények hatására létrejövő dinamikus változó hálózatként írható le.<sup>75</sup> A továbbiakban nevezzük a szelf-koncepciónak azt az eredményt, amely az egyén öndefiníciós kísérletének programjaként létrejön.

A következőkben áttekintem a medikalizáció szubjektumra, annak is kifejezetten önértelmezésére vonatkozó következményeit. Amellett fogok érvelni, hogy (1) a modernitás szelf-koncepcióinak háttérében megkerülhetetlenül jelen van a biológiai sajátosságai által megragadott test. (2) A modernkori társadalmakban az orvosbiológiai diszkurzusba zárt testkép kiépítette az erkölcsi felelősségnek azt a dimenzióját, amelyben az egészség és betegség témakörein keresztül egymáshoz kapcsolódik az egyén önmagáért és a társáért viselt morális felelőssége. (3) Az ember fiziológiai, testi létnek felértékelése kedvez az olyan szelfnek a létrejöttéhez, amely a természettudományos keretezés által biohatalmi érdekek kiszolgálására alkalmas.

#### **4.1.1. Hamis és valódi szükségletek Herbert Marcuse hatalom felfogásában – a medikalizált szelf önteremtése**

Marcuse nyomán megállapíthatjuk, hogy bár az ember biológiai létezőként rendelkezik nélkülözhetetlen szükségletekkel, ugyanakkor azonban minden ezen felüli szükséglet radikálisan téridőbeli, így függ a mindenkor társadalmi kontextustól. „Az, hogy valaminek a megvetése, vagy elmulasztása, élvezése vagy elpusztítása, birtoklása, vagy elutasítása szükségletként rögződik vagy sem, attól függ, hogy az uralkodó társadalmi intézmények és érdekek szempontjából kívánatosak és szükségesnek tekinthetők-e vagy sem.”<sup>76</sup> Az egyénnek élete során, részben annak kielégített és kielégítetlenül maradó szükségletei által kialakul azoknak a tulajdonságoknak a láncolata, amely a szubjektum többnyire egységes szelf-koncepcióját megformálja. Megteremtését olyan alapvető emberi szükségletként értelmezem, amelyről Marcuse és Foucault egyaránt hangsúlyozzák, hogy nagyrészt külső hatalmak által determinált, valamint hogy létrejötte alapvetően befolyásolja az egyén élete során rá váró értékválasztásait is. Mint azt később igazolni fogjuk, a kettőjük között lévő alapvető különbség is ezen a felismerésen képződik, hiszen míg a hatalom

---

<sup>75</sup> Pataki F.: *Az „eltűnt Én” nyomában*. Magyar Pszichológiai Szemle, 63 (3), 2008, 409-470. o.

<sup>76</sup> Marcuse H.: *Az egydimenziós ember*. Kossuth Kiadó, Budapest, 1990, 26. o.

működési elve Marcuse esetében represszív, Foucault értelmezésében éppen ellenkezőleg, inkább a beszédet felszabadító.<sup>77</sup>

*Az egydimenziós ember* című műben kirajzolódó hatalom-felfogást egy marxista alapokon nyugvó vehemens kapitalizmus-kritika keretezi. Marcuse kiindulópontja, hogy az emberiség az 1960-as évekre soha az előtt nem tapasztalható társadalmi-uralkodó kör alá vonódott. A szerző célja, hogy rendszerbe zárja a „társadalomelmélet a priori-ját”, vagyis hogy összegezze, hogyan lehet a tökéletesíteni egy közösség életét a társadalmi fejlődés elősegítésének érdekében a rendelkezésre álló erőforrások legoptimálisabb felhasználásával és hogy a tudományok hogyan járulhatnak hozzá ehhez a folyamathoz. A vizsgálódás központi tézise, hogy a technicizált ipari társadalom nem más, „mint politikai univerzum, egy sajátos történelmi projektum – nevezetesen: a természetnek mint az uralom pusztá nyersanyagának tapasztalása, átalakítása és megszervezése.”<sup>78</sup> Bár a természet-fogalom Marcuse szóhasználatában első sorban a minket körülvevő környezettel azonos, ugyanakkor az emberi természet technológiai átalakításával kapcsolatosan is érvényes. *A technika mindenütt jelenlévősége* Marcuse értelmezésében épp úgy szövi át a modernitás racionalizált társadalmait, mint ahogy Foucault interpretációjában azt a biomedicina teszi. Mindkét szerző azt a mechanisztikus szubjektum felfogást támadja, ami szisztematikusan kondicionált és magán viseli a hatalom – Marcuse megközelítésben ráadásul első sorban – represszív törekvéseiből és normalizációjából adódó sebeit. Míg Foucault esetében láthattunk, hogy *A tudás akarása* pontosan a szexualitásnak represszív hipotézist cáfolja, úgy Marcuse kitartóan érvel amellett, hogy a kapitalista, termelő polgárság feletti uralom eszköze egyfajta *represszív deszublímáció*, amely az egydimenziós embert és az önrendelkezését elvesztett, elidegenült társadalmát létrehozza és fenntartja.

*Az elnyomásnak az ember minden pórusát átjáró környezetében a kapitalista fogyasztói attitűd sajátosságai szerint megváltozott a szubjektum önazonosító mechanizmusa is.* Mint Marcuse írja, „A világ anyagi átalakulása nyilvánvalóan maga után vonja szimbólumainak, képeinek, eszméinek szellemi átalakulását.”<sup>79</sup> A deszublímált univerzum

---

<sup>77</sup> A represszivitás hipotézis sajátosságának példája lehet akár a mai India, amelynek némely tartományában a Hindu közösségek a mai napig általánosan elutasítják a szexualitásról verbális megragadását. Mint azt egy indiai pszichiáter, T. S. Sathyanarana Rao írja, főként a magasabb kastyból származó Hindu nőknek nincs nyelvi eszközük saját genitális szerveiknek a megnevezésére, és a modernizáció ellenére jellemző az aktív szexuális élet kötelességtudatból történő megélése. V.ö.: Rao T. S., Nagaraj A. K.: Female Sexuality. Indian Journal of Psychiatry, (57) 2, 2015, 296–302. o.

<sup>78</sup> Marcuse, 1990, 19. o.

<sup>79</sup> Ibid. 88. o.

egy végletekig racionalizált és materiális alapokon nyugvó univerzum, melynek antropológiai axiómája, hogy „kevés olyan titok és vágyódás lappang a lélekben, amelyet ne lehetne értelmesen megtárgyalni, kianalizálni, kérdőívvel fölmérni.”<sup>80</sup> Hogyan lehet megragadni magát a szelfet a technikai racionalitás által működtetett hatalmi rendszerben? Mindenképpen a hatalom fennmaradásának kedvező és az azt éltető társadalmat legitimáló módon. Olyan eszköz kell, amely megfelel Marcuse repressziós hipotézisének. A termelés és a munka mellett a hatalomnak egy másik út is kedvező. Úgy gondolom, hogy az önértelmezés a medikalizált, vagy technicizált hatalmaknak akkor a leginkább kedvező, ha az egyén szelf-konceptióját egyfajta biológiai esszencialista (a test természeti adottságait kiemelő) narratívába foglalják bele. Foucault is egészen pontosan amellett érvelt, hogy az egyén (ön)azonosításának elsődleges dimenziója a szexualitása, mely tehát biologizált testképére támaszkodva konstruálta meg az identitáspolitikát egészét és annak részeként a szelf-konceptiókat is.<sup>81</sup>

A medikalizált testképnek a szelf-konceptió kialakításában játszott jelentőségét segít megértenünk, ha elemzésünket azzal a szövegrésszel folytatjuk, amelyet Marcuse a *lefokozott megismerési fogalmak* kapcsán tesz, ezért ezt hosszabban is idézzük: „Ahol ezek a lefokozott fogalmak vezérlik az emberi, egyéni vagy társadalmi, tudati, vagy anyagi – valóság értelmezését, ott az eredmény egyfajta hamis konkrétság lesz, amely elszigetelődik a valóságát *képező* (kiem.: T.G.) meghatározottságoktól. Ebben az összefüggésben a fogalom operacionális kezelése politikai funkciót nyer.”<sup>82</sup> Bár Marcuse *Az egydimenziós ember* című kötetében explicit módon egyszer sem említi a medikalizációt, a technológia által végletekig racionalizált társadalom képe összecseng a diszkurzív hatalomnak Foucault által rendszerbe zárt sajátosságaival. Fogalmaink az által válnak lefokozottá, hogy operacionalizáltak, ezáltal „egyszerre lépő”, centralizált mikro-és makroközösségek létrehozására alkalmasak. Marcuse ennek alátámasztásához a „hamis” és „igaz” szükségletek közötti különbségek elemzéséhez fordul. Hamisak azok a szükségletek, amelyek a hatalom által diktált és priorizált magatartásokat fenntartják, egyszóval represszívek. „A fejlett ipari társadalom jellemző vonása, hogy hatékonyan elfojtja azokat a szükségleteket, amelyek fölszabadulást követelnek – fölszabadulást az alól is, ami elviselhető, kifizetődő és kényelmes – miközben fenntartja és

---

<sup>80</sup> Ibid. 93. o.

<sup>81</sup> Foucault ugyanakkor elveti azt a hipotézist, miszerint a szexualitás elnyomásának háttere alapvetően gazdasági okokra lett volna visszavezethető, tehát Marcuse represszív-deszublímációs tézisének nem osztja. V.ö.: Foucault, 1999, 114-115. o.

<sup>82</sup> Marcuse, 1990, 128. o.

fölmenti a bőség társadalmának pusztító hatalmát és represszív funkcióját.”<sup>83</sup> A hamis szükségletek tehát azok, melyek csorbítják az egyén autonómiáját abban az értelemben, hogy szabad választásának realizálható alternatíváinak spektrumát beszűkítik. A represszivitás égisze alatt élő társadalom elméleti lehetőségei tehát mindig sokkal tágabbak, mint azok, amelyeket valóban latba vethetne a szabályozottság alóli kitöréshez. A társadalmi kontroll összességében akkor működik tökéletesen, ha képes olyan automatizmusok kialakítására, amely a hatalmi diskurzusok interiorizációjából következik. „A >>belsővé tétel<< egy sor viszonylag spontán folyamatra utal, amelynek révén az Én (Ego) a >>külsőt<< >>belsővé<< transzponálja.”<sup>84</sup> Ez egyben arra is utal, hogy az úgynevezett individuális tudat mélységesen plasztikus, a közvéleménytől, a hatalom akarata által közvetített normáktól *a priori* módon különbözik. Marcuse ebben látja a kitörési lehetőséget is: „Itt a >>belső szabadság<< eszméje realitással bír (kiem.: T.G.): azt a privát teret jelöli, amelyben az ember >>önmagává<< lehet és az is maradhat.” Foucault és Marcuse hatalomfelfogásának konceptuális különbségei ellenére közös kapcsolódási pont, hogy a hatalom -legyen az medikalizált és diszkurzív, vagy technicizált és kapitalista – végső soron azon munkálkodik, hogy az egyén privát terét, mely egyben szabadságának lehetőségfeltétele is lenne – ellenőrizze és számára kedvező módon rekonstruálja. *A biológiai attribútumokon keresztül megkonstruált test-és önkép, valamint az erre építő identitáspolitiká – mint azt Foucault a szexuális perverziók medikalizációit demonstrálta – ennek a célnak tökéletesen megfelel.*

Mindezek tükrében nehéz eldönteni, kettejük közül kihez kapcsolódik a tudomány hatalmi és társadalmi szerepéről szóló következő passzus: „a tudomány, önnön módszerénél és fogalmainál fogva egy olyan univerzumot projektált, illetve mozdított elő, amelyben a természet fölötti uralom továbbra is az ember fölötti uralommal kapcsolódik össze.”<sup>85</sup> Amennyiben a természetet egy univerzálisan kontrollálható rendszerként értelmezzük, azzal valójában saját magunkat is, mint anyagi létezőt is ennek jegyében ragadjuk meg. „A technikai észszerűsödés folyamata politikai folyamat” – fűzi tovább gondolatmenetét Marcuse, melynek hatalmi terét az eldologiasodott gondolkodás eldologiasított szubjektuma termeli ki újra és újra. *A szelf-koncepciókat domináló testképnek a megjelenése az operacionalizált élet és a diszkurzív (bio)hatalom kiszolgálójának tudható be.* Marcuse és Foucault társadalmában az egyénnek mindenféle társadalmi relációja és önmaga is objektív törvényszerűségek ellenőrizhető folyamatában foglal helyet. Az egyén önteremtése ennek

---

<sup>83</sup> Ibid. 29. o.

<sup>84</sup> Ibid. 32. o.

<sup>85</sup> Ibid. 188. o.



megfelelően materializált, technicizált. Ennek narratívájába első sorban a racionalizációval összeférő eszközök, pl. biológiai attribútumok férnek bele. Az ember redukcionista, orvosi-fiziológiai intézményes keretek közötti megragadása bio-politikai közvetítéssel hozzájárul az önmagát a testi tapasztalatain keresztül formáló szelf-koncepciók meghonosodásához.

#### 4.1.2. Anthony Giddens és Arthur Frank szelf-értelmezése

A következőkben annak bemutatására vállalkozom, hogy miként kapcsolódik össze az egyén önértelmezéseinek testközpontú, orvosbiológiai narratívája a modernitás népesedéspolitikai érdekeinek kiszolgálásával. Állításomat, miszerint biopolitikailag előnyös, ha domináns az önkép orvosi-fiziológiai interpretációja, Anthony Giddens és Arthur Frank szelf-értelmezéseinek bemutatásával szeretném igazolni. Végül pedig áttekintem, hogy a medikalizált társadalmak testképe hogyan viszonyul Michel Foucault és Herbert Marcuse hatalomfelfogásához. A „modernitás” kifejezést is Anthony Giddens meghatározására támaszkodva használom, aki a terminust az alábbi módon írja körül:

„[...] it is associated with (1) a certain set of attitudes towards the world, the idea of the world as open to transformation by human intervention; (2) a complex of economic institutions, especially industrial production and a market economy; (3) a certain range of political institutions, including the nation-state and mass democracy. Largely as a result of these characteristics, modernity is vastly more dynamic than any previous type of social order. It is a society – more technically, a complex of institutions – which, unlike any preceding culture, lives in the future, rather than the past”<sup>86</sup>

Mint azt bemutattam, Foucault hangsúlyozza, hogy a XIX. században a szexuális szubjektumot létrehozó diszkurzív tér előhívta az egyén egészségének megőrzésére irányuló morális felelősséggel kapcsolatos kérdések tisztázásának igényét. A folyamat katalizátoraként a maszturbáció medikalizációjának bírálata során három tényezőt nevezett meg, melyek több ízben is a disszertáció visszatérő motívumaként fognak szolgálni. Elsőként a „totális betegség

---

<sup>86</sup> Giddens A.: *Conversations with Anthony Giddens: Making Sense of Modernity*. Stanford University Press, Stanford, 1998. 94. o.

tudományos konfabulációját”; másodszor a maszturbáció kóroktani kódolását a legmegalapozottabb nozográfiai kategóriák alapján; és harmadszor pedig egyfajta orvosi segítséggel kiépített hipochonder önvizsgálatot, az onánia szomtaizálásán keresztül.<sup>87</sup> A maszturbáció példáját a medikalizáció szomatizációs rendszerelméletbe illesztette be, ami még századokkal később is irányította az egyén öndefiníciós útkeresésének eredményét, vagyis szelf-koncepcióit. „Most az autoerotizmus felfedezése és a betegségért tulajdonított felelősség áthatják egymást: ez az önpatologizáció. Azaz a gyermekkort teszik felelőssé a betegségért, s a 19. század ezt nem fogja elfelejteni.”<sup>88</sup> A gyermekek és szüleik egész életén át felelőssé váltak saját maguk és családtagjaik betegségeinek kialakulásáért, illetve megelőzéséért. Ez a tünet-és testfelügyelet szocializációja programja, amely a gyermekkortól a halálig tart. *Az élethosszig tartó önmegfigyelés a testtapasztalatok jelentőségének felerősödéséhez vezetett.*

Vizsgálódásunk fókuszpontját terjesszük ki és körvonalazzuk, hogy milyen eszmétörténeti keretbe illeszkedik bele Foucault önpatologizáló szexuális szubjektuma? Hogyan határozza meg ez az intézményes paradigma az egyént test-és öképkoncepcióit? Ahogy Csabai Márta kiemeli, az 1970-es években kibontakozott interdiszciplináris megközelítés két, a testről szóló diskurzus kialakulásának is kedvezett. (1) Elsőként annak, mely szerint „a modern társadalmakban a testek nem (csak) születnek, hanem a társas hatások és az egyén viselkedés által folyamatosan formálódnak >>gyártódnak<<”<sup>89</sup> (2) Másodszor pedig annak, mely a testet, egyrészt mint biológiai, másrészt szociális produktumot is értelmezte (pl. feminizmus). A két diskurzus szintéziseként definiálhatjuk Anthony Giddens szelf-koncepcióját, melynek elsődleges ismérve a *reflexivitás*.

Giddens megközelítésében a szelf egy soha be nem fejezett, folyamatosan változás alatt álló projekt. Progressziójáért az egyén felelősséget kell, hogy vállaljon. A felelősség tárgya sem nem univerzális, sem nem állandó, hanem egyedi és plasztikus. Ennek oka, hogy az egyénnek *választania kell* az őt érő és az ő életét leginkább befolyásoló szakértői, vagy intézményes narratívák közül és ennek tükrében kell szükségleteit meghatározni, önmagát megítélni és döntéseit meghozni. A szelf ezáltal válik a modernitás korában reflexív-szelffé és mindazonáltal normatív természetűvé Giddens értelmezésében is. Hozadéka, hogy a dinamikusan változó tudományos környezetben is felelősek vagyunk önmagunkért, a

---

<sup>87</sup> Foucault, 2020, 237. o.

<sup>88</sup> Ibid. 239. o.

<sup>89</sup> Haraway D.: *Simians, Cyborgs and Women*. Free Association Books, New York. 1991 idézi Lázár I., Pikó B. (szerk.): *Orvosi antropológia*. Medicina, Budapest, 2012, 101. o.

tudományos narratívákkal többé-kevésbé plauzibilis önkép megteremtéséért és ennek megőrzéséért is. Tekintettel arra, hogy a XX-XXI. században megfigyelhető a természettudományok, azon belül is az orvostudománynak a többi diszciplínával szembeni hierarchikus fölénye, a Giddens által körülírt reflexív-szelfet is a biomedicina befolyásolja mind közül a legintenzívebben. Ezt a fölényt jól tükrözi a nyugati kultúrák technokrata attitűdje is, mely gyógyszerközpontú társadalmakat hozott létre és tart fenn azóta is. Ahogy Bánfalvi Attila a gyógyszerekkel kapcsolatban kiemeli, a gyógyszer „magában foglalja a kultúránkban nagyon magas presztízsnak örvendő technomedicina, az új technológiákat létrehozó tudományos medicina eredményeit. Így a gyógyszer bevétele mintegy azonosulás a technikai-tudományos kultúra >>szellemével<<; osztozás, részesülés a medicina jelentős tudásában.”<sup>90</sup>

A testképről szóló modernkori diskurzus megértéséhez egyaránt támaszkodnunk kell fenomenológiai, másrészt posztstrukturalista narratívákra. A fenomenológiai narratíva a testkép vonatkozásában az orvosi antropológiának azon kérdéseivel foglalkozik, hogy az egyén számára „mit jelent fizikai létezése a különböző társadalmi kihívások (például az egészséges életmóddal, az ideális külsővel kapcsolatos üzenetek és a fogyasztói társadalom által kínált csábítások és veszélyek) között.”<sup>91</sup> A posztstrukturalista narratívák pedig a testet a „biohatalom” vagy „biopolitika” főbb kérdéseivel összefüggésben vizsgálják. Foucault a *Szexualitás története* I. kötetében eképpen foglalja össze az élet és halál feletti hatalom megjelenési formájának két fő területét.

„Az első pólus (az emberi test autonómia-politikája) – alighanem ez alakult ki legelőbb – a gépként felfogott emberi testre összpontosít: a test fegyelmezésére, képességeinek növelésére, erőinek kiaknázására, arra hogy egyszerre növelje mind hasznosságát, mint engedelmességét, hogy beépítse a hatékony gazdasági és felügyeleti rendszerekbe; mindezt olyan hatalmi eljárásokkal biztosították, amelyek a különféle diszciplínákra jellemzők. A második (vagyis a népesség bio-politikája) valamivel később alakult ki, úgy a XVIII. században; ez a pólus már arra a testre összpontosít, amelyet keresztül-kasul átjár az eleven anyag mechanikája, és amely biológiai folyamatok színtere: vagyis a népszaporulatra, a születési és halálozási

---

<sup>90</sup> Bánfalvi A.: *A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága*. Literatura Medica, Debrecen, 2013, 156. o.

<sup>91</sup> Csabai M., Szabó P., Túry F.: *A test és a táplálkozás orvosi, szociális és történeti antropológiája*. In: Lázár-Pikó, 2012, 102. o.

arányra, az egészségre, az élettartamra, illetve mindazokra a körülményekre, amelyek közrejátszanak e tényezők alakulásában.”<sup>92</sup>

Mint arra rámutattunk, Foucault a viktoriánus kor szexuális testeit olyan szubjektumként ragadja meg, mint amelyik az élet minden területét átjáró hatalomgyakorlás legfontosabb eleme. Legfontosabb, hiszen a diszkurzív hatalom már nem csak a halál, hanem az élet egészének felügyeleti szerepében tetszeleg. A szexuális szubjektumon keresztül tehát a hatalmi diskurzusok nem csak individuális, de közösségi szintereken is totális felügyeleti szerepet gyakorolhatnak. Az abszolutizált és minden életterületet lefedő felügyeleti rendszerben az egyén mechanisztikus testképéből evolváló organizmus-narratívája a szelf-koncepcióknak is a részévé vált. Az 1800-as években az orvostudomány azzá a diszciplínává vált, melyet a nyugati országokban az ember egész élete felett örökös bio-hatalomnak hiteles és legitim eszközének fogadtak el. A hitelesség motorja, hogy az individuális testeket olyan csoportokba rendezték, mint például az egészségesek és betegek, vagy normálisak és abnormálisak, amelyek látszólag kikezdehetetlen, tényítéleteken alapuló racionalizált klasszifikációs sémákon nyugszanak. Az egészséges és hibás testi működések kontextusában létrejövő én-és emberkép könnyűszerrel manipulálhatóvá, végső soron a diszkurzív hatalmon keresztül politikai és gazdasági érdekeknek megfelelően módosíthatóvá vált. A bio-hatalom ezáltal a fenomenológiai testkép narratívák (tehát a testtapasztalatok identitásképző erejét verifikáló) alapélményé vált: önmagát természettudományos nyelv segítségével, predeterminálnak gondolt tulajdonságokra támaszkodó csoportokba rendezve ragadta meg.

Hogyan lehet mindezek tükrében az önteremtést elvégezni úgy, hogy annak során az interperszonális és közösségi impulzusaiban is felülreprezentált a medicina terminológiai és axiológiai jelenléte? Korunkban jellemző, hogy nagy jelentőséget tulajdonítunk az orvostudományhoz kapcsolódó értékeknek (egészség, testi funkcionalitás, termelékenység), ami ezek társadalmi normalizációját eredményezi. Az orvosi nyelvezet és orvosi eszközök által újrakeretezett értékek társadalmi fogadtatása a nyugati társadalmakban töretlen. Mára ezért olybá tűnik, hogy a biopolitikai folyamatok áldozataként is aposztrofálható egyén öndefinícióját meghatározó alapjává vált a testkép, és az általa konstruált szelf-koncepció.<sup>93</sup> Következtetéseimet Arthur Frank szelf-típusainak ismertetésével szeretném megerősíteni,

---

<sup>92</sup> Foucault, 1999, 139. o.

<sup>93</sup> Frank A W.: *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press, Chicago, 2013.

mely segít megértenünk, hogy válik identitásunk alapélményévé a biológiai esszencialista test narratíva. Mint látni fogjuk, ez a test természeti adottságait hangsúlyozza, ezáltal szembemegy a test plaszticitását, konstruálható egyediségét hangsúlyozó társas konstrukcionista megközelítésekkel.

Arthur Frank gyakran hivatkozott, *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics* című művében négy fő szelf-típust ír le, melyek mindegyike *in se* a testi élmények által meghatározottak. Csabai is kiemeli, hogy ezek egyike sem elvont, elméleti kategóriákat jelöl. Ellenkezőleg, hiszen ezek a bio-hatalmi, „a testtel kapcsolatos társadalmi és kulturális elvárásokra” *reagáló, cselekvő testek*, akik egyedi *testnarratívumok* formájában viszonyulnak a test funkciózavaraira és betegségeire.<sup>94</sup> Ez azt jelenti, hogy amennyiben a bio-hatalmi diskurzus az ember redukcionista paradigmáját fogadja el, úgy az egyén hajlamos lesz testnarratíváját ennek tükrében is megformálni.

Frank elképzelése szerint a szelfek viszonyulási módjainak négy típusa van az alapján, hogy egyes személyek milyen módon küzdenek meg a testükhöz társuló kihívásokkal. Így megkülönböztet (1) fegyelmezett, (2) tükröző, (3) uralkodó és végül kommunikatív típusokat. Frank pszichologizáló narratívájának különlegessége, hogy a deskriptivitáson túlmutató bizonyos moralizáló, normatív elemeket is tartalmaz.

A „fegyelmezett test” legfőbb jellegzetessége a test mindenáron való kordában tartásának kényszere, akinek legnagyobb krízisét egy betegségnek való kiszolgáltatottsága esetén megtapasztalható kontrollvesztése adja.<sup>95</sup> A már a bizonytalan tüneteket is patologizáló medikalizáció korában a fegyelmezett test van kitéve a legnagyobb veszélyek; amikor a ráncosodó bőr, az öszülő/ritkuló halánték elkerülhetetlen tapasztalatát is a betegségek kauzális láncolatába illeszkednek és meginog az egészség-betegség szilárdnak tűnő dichotómiája, egyszerre a szelf kontrollvesztése is megtörténik. Egyben ez az a szelf, aki a legjobb fogyasztóvá is válik azáltal, hogy a normalizált testkép elérésére törekszik (pl. esztétikai plasztikai sebészet, gyógyszeres terápiák által).

Az úgynevezett „tükröző test/szelf” önteremtő ereje és célja a kapitalista társadalmi viszonyok (pl. a szépségipar, vagy a popkultúra szimbolikája) által kialakított testideáloknak a leképezésében mutatkozik. Legnagyobb megrendülését a kulturálisan és orvosi antropológiailag is értékes szimbólumok (pl. feszes arcbőr, jó minőségű és mennyiségű haj,

---

<sup>94</sup> Csabai és mtsi, 2012, 105.o.

<sup>95</sup> Ibid. 105. o.

szexuális funkciók, stb.) elvesztése jelenti.<sup>96</sup> Be kell látnunk, hogy a napjainkra jellemző egészségkép olyannyira összekapcsolódik a fogyasztói társadalom működési elveivel, hogy a tükröző test pont azoknak a szimbólumoknak az elvesztésétől fél, melyeket a fegyelmezett test az egészségről a maga számára dekódol, így a két kategória napjainkban átfedést mutat.

Frank harmadik típusa az „uralkodó test/szelf”. Az ilyen testnarratívával rendelkező személy minden esetben a másik-ember által definiálja saját magát, énképének létrehozásának meghatározó eleme a többi emberrel való összehasonlítás. Jellegzetessége, hogy a társadalmi előrehaladásban és stabilitásban megmutatkozó magatartását kompetitív erények dominálják, így vonzalma kifejezett az erő demonstrációját elősegítő technikák iránt.<sup>97</sup> Mint látni fogjuk, az erekciós problémák és az androgén alopecia marketing kampányában is azok az értéktársítások és asszociációk működnek, amely a gyógyszer birtoklásából egyenes utat projektálnak a hatalom birtoklása felé.

Az utolsó és egyben ideálisnak mutató testnarratíva Frank számára a „kommunikatív test/szelf”. Ideálitása, ezáltal normatív értéke abban rejlik, hogy a személyét meghatározó tulajdonságai jól illeszkednek ahhoz a posztstrukturalista irányzathoz, amely többek között a társas konstrukcionista testképet is megalapozza. Ezt az összefüggést igazolja, hogy a kommunikatív szelf felismeri és elfogadja a társadalmi kontingenciákat, relexív és önreflexív, társadalmi és interperszonális életének segítségével önmaga számára vágyakat és célokat képes megfogalmazni.<sup>98</sup> Mennyiben lehetséges az ilyen mértékben autonóm szelf kialakítása a medikalizáció korában? Abban a társadalomban, melyben az egyén – Marcuse terminológiáját követve – a „represszív Egész uralma alatt áll” egyáltalán nincs könnyű helyzetben. Keveseknek adatik meg, hogy letérjen a fogyasztói társadalom és a medikalizáció értékorientáló útjairól és szembemenjen a kapitalista termékek által beprogramozott, vagy az egészség-centrikus értékeket priorizáló és árusító hatalommal. Megfigyelhető ugyanis, hogy a társadalmi haladás egészség és termelékenység fókuszált irányának kijelölésével az egyén individuális cél-és útkeresése – vagy ahogy Marcuse fogalmazott – és szükségletei mindig a kanonizált értékek hatalmi narratívájában válnak elfogadottá (igaz), vagy éppen el nem fogadottá (hamis). A bio-hatalom ily módon gátját szabhatja az egyén reális értékválasztásainak, végső soron az autonómia érvényesítésének, tekintve hogy a mindenkori hatalmi eszközök olyan narratívának kedvez, amelyik többé-kevésbé megfelel Frank

---

<sup>96</sup> Ibid. 105. o.

<sup>97</sup> Ibid. 105. o.

<sup>98</sup> Ibid. 105. o.

*fegyelmezett, tükröző, vagy uralkodó szelf* típusainak, akik identitásképzését közvetlenül (intézményesen) vagy áttételesen (interperszónálisan) a bio-hatalom befolyásolja.

Frank összességében maga is kiemeli, hogy mivel korunk testképe eddig soha nem látott mértékben a kulturális és társadalmi hatások befolyása alatt áll, ezért a reflexív és önreflexív *kommunikatív szelf* elérése egyáltalán nem könnyű.<sup>99</sup> Tekintettel arra, hogy a medicina kulturális és társadalmi értékformáló ereje a XX. század második felétől töretlen, így igazoltnak látom a fent megfogalmazott tézist, miszerint a medikalizáció az egyén önmeghatározását, test-és önképét is drasztikusan formáló jelenségnek tekinthető.

## **4.2. A férfi testek öregedésének normatív vonatkozásairól**

### **4.2.1. Kiegészítő megfontolások az öregedés nem-specifikus tárgyalásához**

Az eddigiekben több oldalról körüljártuk annak a jelentőségét, hogy a XIX. században a medikalizált társadalmakban megjelent az egyén erkölcsi felelősségének gondolata a saját testi, lelki egészségének minél hosszabb ideig tartó megőrzéséért. Azt is hangsúlyoztuk, hogy ez a paradigma élethosszig tartó folyamatot jelöl, így a medikalizáció tekintetében az öregség testtapasztalatai is fontossá váltak. Az öregedő férfi test egy változatos narratívákban elhelyezhető szociokulturális felület, mely egyaránt alkalmas arra, hogy pozitív és negatív erkölcsi értékekkel felruházzák. Az öregedés során az embertömegek testén kialakulnak azok a fenotipikus tulajdonságok (ráncosodó bőr, vastagodó zsírpárnák, a haj mennyiségi és minőségi változásai) amelyek elősegítik, hogy az öregedéssel együttjáró testtapasztalatok az egészség-betegség, a funkcionalitás és diszfunkcionalitás narratíváiba ágyazódjonak. A tipikus és atipikus organikus működések antinómiája mellett az öregedő test medikalizációjában a társadalmi szerepekkel, a nem-specifikus értékekkel kapcsolatos kulturális elvárások is fontos referenciapontok. A férfiak esetében az öregedés axiológiai háttérét nagyrészt az erő és fizikai vonzalom narratívái határozzák meg.

A szépség, amely a hellenisztikus filozófia óta a nyugati kultúra alapértéke, napjainkra különleges módon összefonódott az öregedő ember egészségének diskurzusával. A következőkben arra a kérdésre keressük a választ, hogy miért nyílt meg a medikalizáció útja az öregedés irányába történő terjeszkedésre. Milyen társadalmi viszonyok, a tudománytörténet

---

<sup>99</sup> Ibid. 105. o.

mely állomásai kedveztek annak a tendenciának a kialakulásához, amelynek tükrében a férfi öregedésével természetesen együttjáró fenotipikus és organikus változások egyszerre a betegség, az egzisztenciális ellehetetlenülés és a halál relációjában nyertek értelmet? Vizsgálódásunk tartalmi határát a férfiak testének öregedésére korlátozom, ennek megfelelően a nők öregedésének és szépségének medikalizációját a következő nagy tartalmi egységben értékelem. Ennek konceptuális oka, hogy a két nem öregedésének medikalizációja erősen kapcsolódik a férfi-és nőspecifikus fiziológiai és társadalmi sajátosságokhoz (pl. az elsődleges nemi jegyekhez, androcentrikus-gynocentrikus értékekhez).

#### **4.2.2. Maszkulin értékek az antik görög világban és napjainkban**

Egyes értelmezések szerint fiziológiailag a tesztoszteron hormon mértéke lehet az empirikus referenciapont a férfiak vitalitásának megállapításához: a relatíve magas tartomány teszi képessé az embert a hagyományosan maszkulinnak tartott viselkedésformák elvégzésére (erő kifejtése, reprodukciós szerep betöltése, magabiztos kiállás) és a feminin tulajdonságok is ennek inverzeként igazodnak a férfikép ideáljához. Az évek múlásával azonban a szervezet tesztoszteronszintje lecsökken, és amikor átlép egy - a téma szakértői szerint megállapított alsó küszöbértéket-, férfi menopauzáról, vagy andropauzáról beszélünk. Ez az élethelyzet megfelelő alap lehet a tesztoszteron-szint mesterséges, gyógyszeres úton történő korrekciójához. A férfiak öregedésének medikalizációs triggerjei között a tesztoszteron hormon 1935-ös izolációja egy igazán fontos momentum volt, amely az öregséggel összefüggő értékeket revidálta azáltal, hogy az androcentrikus, maszkulin erények létjogosultságát tudományos tényekkel is megerősítette. A férfiak társadalmi értéke tehát innentől fogva nem csak kontingens, relativizálható, de biológiai esszencialista köntösbe bújtt. Az endokrinológia ezáltal hozzájárult a férfiak szexualitásának és öregedésének medikalizációjához. A férfiakkal szemben támasztott elvárások és a férfinem-specifikus erények a XX. század közepére összeforrtak a mikrobiológiai megfigyelések segítségével leírható fajtipikus jellegzetességekkel.

A tesztoszteron-készítmények alkalmazása azóta évről évre növekvő tendenciát mutat a nyugati társadalmakban. Ezt tükrözi a *National Cancer Institute of the National Institutes of Health* és a *National Institute on Aging* szakmai csoportosulások figyelmeztető nyilatkozata



is. Ebben aggodalmukat fejezik ki az olyan esetek növekvő számára reflektálva, amikor a tesztoszteron-szint csökkenése nem igazolható, vagy egyenesen a normális tartományban lévő férfiak esetében kerül sor gyógyszeres intervencióra.<sup>100</sup> Az ilyen készítmények alkalmazása két évtized alatt húszszorosára emelkedett az Egyesült Államokban. Míg 1992-ben az arra jogosult orvosok 122 000 tesztoszteron készítmény receptjét írták fel, addig 2004-ben már 2,4 millió gyógyszert válthattak ki például az erektilis diszfunkcióval diagnosztizált férfiak. A férfi menopauzával kapcsolatos koncepciók eredetét azonban nem a XX. század végén kell keresnünk, hanem sokkal korábban. A középkorú férfiak fiziológiai változásai ugyanis már az 1930-as években is népszerű témának számított a tudományos és a bulvármédiában egyaránt.<sup>101</sup> Utóbbi figyelme azóta is lankadatlan, melyet jól jelez, hogy a meglehetősen széleskörű olvasótáborral rendelkező *Time* magazinnak 2014-ben külön e témának dedikált lapszáma jelent meg. Célja, az egyes becslések szerint kétmillió dolláros tesztoszteron gyógyszeriparág feltérképezésére volt.

Úgy vélem, Peter Conrad-nak részben igaza van, amikor a tesztoszteronnal kapcsolatos medikalizációs folyamatot a XIX. századból eredezteti, hiszen a nyugati típusú orvoslás valóban ebben az időben ért el olyan mikrobiológiai és sebészeti-műtéttani áttöréseket, amelyek hozzájárultak az endokrinológia, mint specializáció születéséhez. Nem szabad azonban elfeledkeznünk arról a tényről, hogy egyes nemi hormonok azonosítása kezdetleges formában már az időszámításunk előtti második században is foglalkoztatta a kor kínai orvosait, akik a vizeletből izolált nemi hormonokat terápiás célokra is felhasználtak. Conrad tézisével kapcsolatosan az is elbizonytalaníthat minket, ha áttekintjük a férfiak specifikus érényeivel kapcsolatos klasszikus érényetikákat. Az úgynevezett „erősebbik nemmel” szemben támasztott elvárásoknak voltaképpen csak a mintázatai eltérőek, de valami közös bennük: az erő, az érdekérvényesítés és a társadalmi dominancia igényei, melyek már az ókori társadalmakban is alapvetőek voltak.

Az androcentrizmushoz társított különféle maszkulin érények, normák és viselkedésmintázatok teljesítése vélhetően legalább akkora kihívást jelentettek az ókori görög poliszok vagy a spártai államban nevelkedett férfiak számára, mint amilyen megpróbáltatást a XXI. századi férfinak ma sok esetben a dinamikus változó társadalmi elvárások (például a megfelelési kényszer az ún. *résztevő apaság* szerepének) összehangolásából eredő

---

<sup>100</sup> Conrad, 2007, 27. o.

<sup>101</sup> Siegel W. E.: *The Medicalisation of Male Menopause in America*. Social History of Medicine, (20) 2, 2007, 369–388 o.

frusztrációk leküzdése jelent. A görög antikvitásban a maszkulinitáshoz fűződő elvárások meglehetősen szerteágazóak voltak, ezért egységes erényfelfogásról nem beszélhetünk. Így a következőkben röviden érdemesnek tartom áttekinteni, hogy melyek a maszkulinitáshoz kapcsolódó fontosabb erények és normák, melyek meghatározónak számítottak az antikvitásban. Az áttekintést elsődlegesen azért tartom szükségesnek, hogy rámutassunk, miért tekinthetjük a férfi nem medikalizációjának egyik kulcsfontosságú szegmensének a tesztoszteron-szint beállításhoz kapcsolódó irányzatokat.

Az egyik legmeghatározóbb erény, amely a görögséghez kapcsolódó erényetikákat átszövi, nem más, mint a *bátorság*. A görög *aner/andros/andreia* szóból származó erény nyers fordítása is közel áll a „férfiassághoz”, ezáltal – legalábbis az antikvitásban – a biológiai értelemben vett férfi-nemnek *kizárólagos*, csak ő rájuk jellemző erényének tekinthető. A bátorság mint nem-specifikus maszkulin erény az antik morálfilozófián belüli fontos kapcsolódási pontnak tekinthető az athéni és spártai államok között. A nyers, testi erő és az erre épülő lelki alkat a spártai kultúra meghatározó elemének számított: a gyermekeket már hétéves koruktól hivatásos katonának képezték, kiragadva őket a társadalom addigi hétköznapi menetéből. Több forrás arra utal, hogy a spártai katonákkal szemben az erőre és a kontrollált agresszióra épülő erényeken nyugvó elvárások olyannyira szerves részét képezték a spártai állami rendszernek, hogy a harctéren megmutatkozó gyávaság magával vonta a polgári előjogoktól való megfosztást is. Az ilyen egyénnek ráadásul válogatott megaláztatásokat kellett elszenvednie, melyeknél a korabeli beszámolók szerint még az öngyilkosság, vagy a száműzetés is kívánatosabb alternatíva volt.<sup>102</sup> A spártai kiképzés brutális jellegéről árulkodik az a Scott Rubarth által felidézett anekdota is, mely szerint egy spártai fiatal egyszer elkapott egy rókát és azt a köpenye alá rejtette. Hogy elkerülje a lelepleződést, mely biztosan szégyent hozott volna rá, nem eresztette szabadon az állatot, így az időközben elkezdte elevenen felfalni az ifjút. Egy szóval sem mondta, hogy fájdalmat érez, egészen addig, míg az állat – feltételezhetően – a belső szerveit nem kezdte falatozni és a fiú eszméletét veszítette. Plutarkhosz egyik feljegyzéséből továbbá azt is tudjuk, hogy a spártai anyák harcba induló fiaikat többek között az alábbi intellemmel búcsúztatták el: „Térj haza a pajzsoddal, vagy a pajzsodon!”.<sup>103</sup> A bátorság ellenpólusa, vagyis a gyávaság, a spártai férfi által minden bizonnyal a leginkább rettegett lelki alkat és egyenesen stigma volt. Az

---

<sup>102</sup> Rubarth S.: *Competing Constructions of Masculinity in Ancient Greece*. Athens Journal of Humanities & Arts. (1) 1, 2014, 24. o.

<sup>103</sup> Plutarkhosz: *Agesilaus* 26. idézi Rubarth, 2014, 25. o. (saját fordítás)

eddigieket áttekintve tehát a bátorságnak tulajdonított központi, identitásképző erőt nem lehet alábecsülni.

Bár a bátorság az athéni világban is megőrizte kitüntetett státuszát, azonban a spártai társadalomban megfigyelhető identitásformáló értéke a görögöknél nem volt annyira jellegzetes. Ennek oka alapvetően politikai természetű, hiszen az athéni államberendezkedés számos ponton eltért a spártaitól; állandó, képzett hadsereg soha nem képezte részét az államnak, így arra sem volt szükségszerű, hogy a bátorság az athéni nevelés központi, identitásképző erényévé formálódjon.

A tesztoszteronhoz fűződő társadalmi attitűdök rokonságot mutatnak az antik férfi-specifikus erényekkel. A napjainkban legszélesebb körben ismert szteroid hormonról ugyanis sokan azt feltételezik, hogy az általa nyert önbizalom az egyént járulékosan hozzásegíti az előnyös társadalmi pozíciók megszerzéséhez is.<sup>104</sup> A bátorság tehát téridőbeli tényezők függvényében más-és más módon, de a kezdetektől fogva a társadalmi hierarchia szervezőelveként és egyéni életcélként is funkcionált. Vizsgáljuk meg, hogy alátámaszthatóak-e tudományosan a tesztoszteronnal szemben mutatkozó fogyasztói elvárások. Átfogó természet-és társadalomtudományi vizsgálatok igazolták, hogy a részben a tesztoszteron hormon hatására megmutatkozó domináns magatartásformák számottevő előnyökkel járnak mind az egyén, mind a faj fennmaradásáért folytatott küzdelemben. Az éberségintelligencia (AQ), a stressz-szel és a félelemmel szembeni ellenállóképesség, valamint a fizikai állóképesség mind kapcsolatban állnak a tesztoszteronszinttel, így valóban könnyen tekinthetünk rá egyfajta „csoda-hormonként”, mely a társadalmon belüli hierarchiaharcok leküzdésének eszköze lehet. Az önbizalom és a bátor ki-és helytállás mint hagyományosan maszkulin értékek olyan tömegek által áhított tulajdonságok, melyek már az antikvitásban is alkalmasnak bizonyultak két jelenség együttes gerjesztésére: élénk társadalmi (pedagógiai; axiológiai) és tudományos (politikai, természettudományos) diskurzust bontakoztattak ki. A XX. század óta tudjuk, hogy a hormon finomhangolásának kulcsát az egészségügyi intézmények falai közt kereshetjük, így azáltal, hogy a biomedicina a férfi jellem formálásáról szóló diskurzust hatókörébe vonta a férfiak fontos erényét is a medikalizáció tárgyává tette.<sup>105</sup>

---

<sup>104</sup> Bassil N., Alkaade S., Morley, J. E.: *The Benefits and Risks of Testosterone Replacement Therapy: A Review*. Therapeutics and Clinical Risk Management, (3) 5, 2009, 427–448. o.

<sup>105</sup> Honk J., Will G. J., Terburg D., Raub W., Eisenegger C., Buskens, V.: *Effects of Testosterone Administration on Strategic Gambling in Poker Play*. Nature, 6, 2016.

A helyzet azonban ennél jóval árnyaltabb, hiszen hibás ok-okozati kapcsolatot feltételeznünk a *magasabb* tesztoszteronszint és a társadalmi dominancia, vagy társadalmi előjogok között. A hormonról kezdetben kialakított tudományos és végül a laikusok által ezen keresztül megformált kép túldimenzionált. A másokat háttérbe szorító, érdekérvényesítő-agresszió eszközeként kell tekintenünk a tesztoszteronra? Semmiképpen, hiszen az „erőfitogtató” és agresszív magatartásformák alacsonyabb tesztoszteron szint esetén sokkal inkább megfigyelhetők és jellemzőbben társul hozzá a társadalmi kirekesztettség is. Szakirodalmi eredmények inkább azt sugallják, hogy a normál tartományban lévő tesztoszteron szinthez a kölcsönösen hasznos együttműködésre törekvő magatartásformák kötődnek, amelyek a társadalmi boldogulást is jobban elősegítik.<sup>106</sup> Így az erőből és magabiztos kiállásból konceptualizált bátorság, mint a maszkulinitásból eredő fogyasztói elvárás nincs összhangban a tesztoszteron terápiáktól várható *valódi* következményekkel. Ez azonban okvetlenül nem probléma, hiszen a tesztoszteronpótló terápiák által feltárulkozott a férfiak öregedésének egy tömegeket érzékenyen érintő aspektusa: a beavatkozások a legtöbb esetben ugyanis a potencia-problémák orvoslását is lehetővé tették, amennyiben a terápia a normál tartományból kiindulva növelte a tesztoszteronszint koncentrációját.

A tesztoszteronnak a maszkulinitáshoz társítható hatása érdekes módon közelebb áll a sztoikus bátorság érényértelmezéshez, tekintve, hogy a sztoa mozgója az átfogó *tudás* birtoklásán nyugszik. Rubarth egy helyen Arius Didymus *Epitomé* című írásából idéz, amely remekül összefoglalja a bátorságról alkotott sztoikus vélekedés lényegét: A bátorság érény, amely által „*tudjuk* [kiem. – T. G.] mi borzalmas, és mi nem, és mi egyik sem”.<sup>107</sup> *A tudásból származó érények értékesek, míg a tudatlanság, vagy a bűn negatív diszpozíciók.* A bátorság ezáltal annak a tudásnak a megszerzése, miszerint az élet, a halál, vagy a szenvedés és a fájdalom nem „rosszak”, tekintve, hogy nem a lélekre, hanem a testre gyakorolnak hatást. Az igazi sztoikus értő szellemmel fogadja el, mi az ő hatásköre és mi nem, tisztában van a tapasztalati világ természetével és azzal, mi szörnyű és mi nem. Ezáltal a sztoikus bátorság esetében a testi, fizikai erő kifejtésre való képesség és az erődemonstráción keresztül kiépíthető hatalom birtoklásának demonstrációja helyett, sokkal inkább *intellektuális érényről* (*virtus intellectus*) van szó. Ennek a szemléletnek az öregedés testtapasztalatának elfogadásában is nagy jelentősége van, hiszen a kötőszöveti állomány gyengülése, a ritkuló

---

<sup>106</sup> Sperber D., Baumard N.: *Moral Reputation: An Evolutionary and Cognitive Perspective*. Mind. Lang. 12, 2012, 495–518 o.

<sup>107</sup> Rubarth, 2014, 24. o.

haj tapasztalatai a bátorság intellektuális uralma által nem válnak szükségszerűen negatív élménnyé, ami ellen küzdeni kellene.

André Comte-Sponville *Kis könyv a nagy erényekről* című művében a bátorságról értekezve kiemeli, hogy az ókoriak férfiasságképének a fizikai vagy mentális bátorság hiába meghatározó eleme, ez azonban sokkal inkább kapcsolódik az egyén fiziológiai adottságaihoz, semmint morális státuszához. Az intellektuális bátorság ellenben az egyén józan helyzetértékelésén alapuló problémafelismerést és az élet legváratlanabb helyzetei által generált félelemmel szembeni kontrollált mentális állapotot igyekszik körülírni. „Ezt nevezik tisztánlátásnak”, írja Comte Sponville, amely virtusként tehát mindenekelőtt szellemi állóképességet, bármely kihívással szembeni kitartást jelent, „azt a kívánságot, amellyel mindenki törekszik a maga létét egyedül az ész parancsa szerint fenntartani.”<sup>108</sup> A bátorság, mint erény tehát önfegyelem, amelynek Arisztotelész óta leválaszthatatlan tartozéka a mértékletesség, valamint a bölcs elővigyázatosság. Ezáltal a morális tartalommal bíró *bátor ember* vágyai és tettei félúton helyezkednek el a gyávák, kik rabjai félelmeiknek; és a vakmerők, vagyis a veszélyt alábecslő személyek státuszai között.<sup>109</sup> A bátorság intellektuális erényként való megragadása az etikátörténet rendkívül összetett és hallatlanul izgalmas állomása, mely a dominanciát kivívó testi erőből gyökerező kompetitív viselkedésről tudatosan helyezte át az erkölcsi tökéletesedésre törekvők fókuszpontját a másik ember oltalmazására és a közösségi boldogulásra.

A tesztoszteronról uralkodó társadalmi hit, mint az egyéni magabiztosságot és a szociális dominanciát az *erő* által elősegítő hormonnak képe, a legújabb idegtudományi kutatások alapján is egyre inkább megkérdőjelezhető. A bátorság szellemi aspektusát kiemelő erényetikai hagyományokra tekintettel még inkább figyelemreméltó, hogy egyes idegtudományi (*neuroscience*) kutatások a magasabb tesztoszteron szint és az altruisztikus (tulajdonképpen a sztoicizmus által interpretáltaknak megfelelő) viselkedésminták közötti szignifikáns kapcsolatról írnak. Ezt a megfigyelést többek között kontrollcsoportos vizsgálati módszerrel kivitelezett játékelméleti modellekkel (pl. fogolydilemma) támasztják alá.<sup>110</sup> Az úgynevezett „parochiális altruizmus”, vagyis az egyéni érdek háttérbeszorítása a *saját közösségének* boldogulása érdekében a magasabb tesztoszteron szinttel bíró egyének esetében

---

<sup>108</sup> Spinoza B.: *Etika*. Gondolat Kiadó, Budapest, 1979. 224. o. idézi: Comte-Sponville A.: *Kis könyv a nagy erényekről*. Osiris, Budapest, 2001. 68. o.

<sup>109</sup> Comte-Sponville, 2001, 58-76. o.

<sup>110</sup> Reimers L., Diekhof E. K.: *Testosterone is Associated with Cooperation During Intergroup Competition by Enhancing Parochial Altruism*. Front Neurosci. (12) 9, 2015, 183. o

jobban megfigyelhető volt, amely eredmény nem csak filozófiai, de evolúcióspszichológiai tekintetben is izgalmas eredménynek mutatkozik.<sup>111</sup> Az androcentrikus értékeken nyugvó társadalmi szerepekkel nehezen azonosuló, vagy azonosulni képtelen férfiak *panácea*ja a tesztoszteron tehát nem lehetett, hiszen az érdekérvényesítő erő és a társadalmi boldogulás párhuzama inkább mitikus, sem mint reális elvárás. Ugyanakkor azonban, mint azt látni fogjuk, a tesztoszteron később kiválóan alkalmasnak bizonyult a férfiak szexualitás medikalizációjának megfelelő fallo-és androcentrikus kultúrának a mesterséges kiépítésére.

#### 4.3. A férfiak szexualitásának medikalizációja

A szexualitás medikalizációja kapcsán Peter Conrad kiemelt figyelmet fordít a férfi nemiszervek, ezen csoporton belül is a heréknek a maszkulinitáshoz kapcsolódó szerepére. Álláspontja szerint ez a páros szerv végérvényesen az orvostudomány illetékeségéhez kapcsolta a férfiak öregedését. Állítását egy igen részletes orvostörténeti áttekintés követi. Ennek során többek között érinti az első endokrinológusnak, a XIX. század végén aktív, francia származású orvos, Charles Edouard Brown Séquard munkásságát is, aki saját magán alkalmazta az állati eredetű ivarszervek szöveti állományából előállított szérumot. Séquard közleményeiben megnövekedett fizikai teljesítőképességről, nagyobb munkabírásról számolt be (szociális előnyökről azonban nem). Kutatási eredményei egyedülállóak voltak, tekintve, hogy előtte soha senki nem kapcsolta össze a férfiak teljesítőképességét valamely szervrendszerrel és soha nem kínált definitív orvosi terápiát ennek visszafordítására, vagy rosszabb esetben kordában tartására.<sup>112</sup>

A XX. század orvosai a Séquard-ot követő időszakokban nagy érdeklődéssel vizsgálták a férfi-specifikus fiziológiai sajátosságokat. Míg a nők vonatkozásában a menopauza egyértelműen kapcsolatban áll a reprodukciós képesség csökkenésével, addig az andropauza tárgya inkább a férfiassághoz társuló *általánosabb tulajdonságokra*, a vitalitásra és nem csak a szexualitáshoz fűződőkre vonatkozott. Bár a maszkulinitás fokmérőjeként az andropauzáról szóló diskurzusnak is részét képezték az erekciós és reprodukciós képességek,

---

<sup>111</sup> Fontos azonban kiemelni, hogy az altruizmus ezen válfaja kizárólag a lokálpatriotizmusra korlátozódik, így a magasabb tesztoszteron szint a külső csoportokkal szembeni együttérzést nem facilitálja.

<sup>112</sup> Conrad, 2007, 28. o.

de ennél hangsúlyosabbak voltak az állóképességben mutatkozó (el)változások. Séquard diskurzusában a maszkulinitáshoz társuló társadalmi normák közül kiemelkedik az aktív részvétel a társadalmi versengésben, a hatalom birtoklása és a „keménység”, mint a társadalmi dominancia szinonimája.<sup>113</sup>

A nemekhez kapcsolódó normatív örökség eredetét tekintve két rivális elméletet kell megkülönböztetnünk. Az úgynevezett „biológiai modell” szerint a nemi szerepek tekintetében a biológiai nem tekinthető a leginkább meghatározónak.<sup>114</sup> A ’társadalmi nemek kutatásában’ (*gender-studies*) mára azonban széles körben elfogadottá vált az a vélekedés, miszerint a két biológiai nemhez tradicionálisan társított statikus értékeket fel kellene függeszteni. Az új megközelítés egyfajta dinamikus értékhorizontot alapul véve amellett érvel, miszerint a társadalmi nemek valójában társadalmi konstruktumok, ezért történelmi kortól és kultúrától függően felülírhatják a biológiai sajátosságokból eredő normatív társadalmi elvárásokat is. A társadalmi nemek elfogadásának gyakorlati következménye, hogy például a gyermekek gondozásába bevonódó férfinak az értéke, vagy a társadalmi hierarchiában betöltött pozíciója nem erodálódik szükségszerűen azért, mert hosszabb-rövidebb ideig óvó, gondoskodó feladatokat lát el, amelyek tradicionálisan a *gynocentrikus*, feminin erényekhez kapcsolódnak. Ha a medikalizáció vonatkozásában az értekezés elején a „mozgalom” kifejezést használtam, ez még inkább igaz a *gender-studies*-ra, amely számos platformon keresztül törekszik legitimálni állításait. Ennek példaként hivatkozhatunk akár Herbert Marcuse etikájának feminista olvasatára is, amely szerint a magát explicit módon feministának valló szerző egy utópiában összegezte az *androgünia* morális értékeit, amelyet ő maga is *expressis verbis* politikai programként interpretált.<sup>115</sup>

Hogy miért lényeges eszköz a historicizmus a medikalizációról szóló diskurzusban, egyre világosabb. Általa egyrészt igazolást nyerhet az a tézis, miszerint az andropauzával érintett férfiak terápiás sikerének fokmérője már a kezdetekben sem csak a fiziológiai tünetek enyhítésében, de a férfiakhoz társított társadalmi szerepeknek a rendezésében is megmutatkozott. A kutatóorvos, Walter M. Kearns már 1939-ben is tüéles képet festett az akkoriban még csak sporadikusan felhasznált hormonterápiák hatásáról, amelyeknek

---

<sup>113</sup> Gordon D. M., Hawes, S. W. et al.: *The Many Faces of Manhood: Examining Masculine Norms and Health Behaviors of Young Fathers Across Race*. American Journal of Men's Health, (5) 7, 2013, 394–401. o.

<sup>114</sup> Susánszky A.: *A társadalmi nemek kutatása. A férfikutatások (men's studies) nemzetközi és hazai története*. in Pikó-Lázár, 2012, 468. o.

<sup>115</sup> Joó M.: *Szerelem – politika – civilizáció: Marcuse nyomában*. In Laczkó S., Dékány A. (szerk.): *Lábjegyzetek Platónhoz II. A szerelem*. Státus Kiadó, Csíkszereda, 2013, 346–360. o.

potencia-korrigáló következményeinél az önbizalom helyreállítását még ennél is lényegesebbnek tartotta. A XX. század első felében publikált feljegyzések a tesztoszteronvesztetett férfit egy sor olyan tulajdonsággal írták le, melyek nem csak hogy a *biológiai nem* koncepciója által keretezett attribútumokkal nem fértek össze, de a közösségben uralkodó „domináns férfi” szerepelvárásaival sem voltak szinkronban. A meghibásodott hormonrendszer tudományos leírása azonban alkalmas volt arra, hogy racionalizálja az andropauza által okozott válsághelyzetet. Az Ész által „megszelídített” állapot azonban épp annyira nem juttatta nyugvópontra az öregedés tapasztalatával szembesült férfiakról szóló diskurzust, mint ahogyan ez a maszturbáció, vagy épp a homoszexualitás esetében sem történt meg. A férfi ebben a krízisben a rá nézve egyik legtragikusabb egzisztenciális kihívások egyikével szembesült, vagyis a hatalmi pozíciójának az elvesztésével, ami együtt járt a férfi-identitásának megrendülésével. A történelmi áttekintés konklúziójaként tehát igen fontos megállapítást tehetünk. A medikalizáció eszközeit szemügyre véve úgy gondolom, ismét tetten érhetjük a szomatizációnak régi-új stratégiáját, amelyet korábban Foucault nyomán a maszturbáció vonatkozásában bemutatunk. Ennek ágensei: a totális betegség tudományos konfabulációja; az andropauza kóroktani kódolása a naprakész nozográfiai kategóriák szerint; orvosi segítséggel kiépített hipochonder tematikát az öregedés szomatizálásán keresztül. A következőkben ennek alátámasztására tesztek kísérletet.

#### **4.3.1. A szexuális funkciók élethosszig tartó megőrzésének normalizációja**

Elsőként a menopauza és post-menopauza esetén jelentkező tünetek enyhítését célzó ösztrogén terápiák vonatkozásában vált széles körben elfogadottá az a nézet, miszerint *a jó élet eléréséhez a szexuális funkciók és a fizikai erőnlét megőrzése is kulcsfontosságú*. Az örök fiatalság nemi szerepelvárásának való megfelelés modern eszköze a hormonterápiás gyógyszer.<sup>116</sup> A potens férfi ideája azonban nem csak a huszadik századi társadalmakat foglalkoztatta. Számos szöveghely fennmaradt a férfiasságnak és az erekciós képességnek a megőrzésével kapcsolatos életvezetési tanácsokról. Ezek az antik, középkori és újkori szöveghelyek a prevenció hangsúlyát legtöbbször a megfelelő étrendre, testmozgásra és

---

<sup>116</sup> Bell R. M.: *How to Do It: Guides to Good Living for Renaissance Italians*. University of Chicago Press, Chicago, 1999. idézi: Marshall B. L., Katz S.: *Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body*. *Body & Society*, (4) 8, 2002, 45. o.



szexuális aktivitásra helyezték, ugyanakkor a „szakirodalmi szövegek” mellett sok metafizikai tartalmú írás is fennmaradt. Ezek esetenként valamilyen gonosz szellemnek, vagy egyenesen az ördögnek a hatásait feltételezték a csökkent szexuális teljesítőképesség hátterében.<sup>117</sup>

Barbara L. Marshall és Stephen Katz a férfi test medikalizációját orvostörténeti kontextusban vizsgáló tanulmányukban értékes tézist igazoltak. *Ennek tárgya, hogy a XIX. századot megelőzően az öregedés nem számított okvetlenül patológikus folyamatnak és nem is azonosították azt a szexuális diszfunkciókkal.* Bár a szerzőpáros explicit módon nem állítja, hogy a férfiasság medikalizációja XIX-XX. századi jelenség volna, tanulmányuk mégis azt erősíti, hogy a medicina határátlépése az endokrinológia születéséhez közel eső időszakban történt meg. Ezt az állítást némiképp árnyalják az impotenciával kapcsolatos természet-és társadalomtudományi szövegekben fellelhető interpretációs sémák, melyek nyelvezete sokszor orvosbiológiai gyökerű. Megítélésem szerint az erektilis diszfunkció történeti hátterének árnyaltabb leírását adja Jyoti Shah. Az ő értelmezésében az impotencia voltaképpen már a legősibb dokumentumok szerint is *per definitionem* orvosi problémának számított, ezért a potenciaproblémák narratívájában a kezdetektől fogva meghatározó volt az orvosi nyelvezet, diagnosztikus és terápiás arzenál, így mindvégig a medikalizált életterületek közé tartozott.<sup>118</sup> Az élettudományos keretezés önmagában azonban értéksemleges, az orvosi nyelvezetű és eszköztárú tényleírások miatt az impotenciáról szóló diskurzus nem társítható automatikusan a medikalizáció határátlépő (*over-medicalization*) irányzatához.<sup>119</sup> Ennek elsődleges oka, hogy *az impotencia, mint a hüvelyi behatolásra nem alkalmas erekció létesítése önmagában véve nem zárta ki az aktív szexuális élet folytatását, mivel a kultúra az intimitásnak igen tág spektrumát ismerte el.*

Az *impotencia* etimológiailag egy igen beszédes, latin eredetű szó, amely tükörfordításban az *erő hiányát jelenti.* A fogalmat elsőként a XV. századi angol költő, Thomas Hoccleve (1370-1454) használta 1420-ban. Ebben az időben az impotencia kifejezés nem kapcsolódott szorosan a szexuális diszfunkciókhoz. A szó a *hatalom akarásával összefüggésben* volt használatos, amely ezáltal sokkal elvontabb módon kapcsolódott a maszkulinitáshoz fűződő elvárásokhoz, *per definitionem* annak hiányához. A terminusnak szűkebb, a szexuális funkcióvesztéshez fűződő értelmezése 1655 előtt nem kimutatható.

---

<sup>117</sup> Bell, 1999, 52. o. idézi Marshall-Katz, 2002, 45-46. o.

<sup>118</sup> Shah J.: *Erectile Dysfunction Through the Ages.* BJU International, 90, 2002, 433. o.

<sup>119</sup> Persze ezzel az állítással valószínűleg több szerző, köztük Marcuse is vitatkozna, aki *Az egydinemziós ember* című kötetében hangsúlyozottan nem értett egyet a technológia értéksemlegességének tézisével, hiszen annak főbb eszközei a represszívításnak vannak alárendelve

Fordulópontot Thomas Fuller (1608-1661) történésznek a szóhasználatja jelentett, aki végérvényesen meghonosította az impotenciának kizárólagosan a szexuális diszfunkcióhoz kötött etiológiáját.<sup>120</sup>

A potenciaproblémákról szóló szöveghelyek az írott történelem szinte minden időszakában kimutathatóak. Conrad-nak és a Marshall-Katz szerzőpárosnak az erektilis diszfunkció medikalizációjáról szóló tézisei – legalábbis történeti vonatkozásukban – ezért kiegészítésre szorulnak. Figyelmen kívül hagyták ugyanis azt, hogy a szexuális egészség-betegség kérdéskörei szinte a kezdetektől fogva párhuzamosan futottak és sok helyütt merítkeztek az orvostudomány narratíváiból. *Az impotencia története bele van ágyazva az orvostudomány történetébe.* Ez a kiemelés, bár teljességgel magától értetődőnek tűnik, ennek ellenére azért lényeges, mert rámutat arra, hogy a medicina az idők kezdetétől fogva a tudományos felkészültségével arányosan igyekezett az erekciós zavarokkal élők számára terápiás alternatívákat nyújtani, valamint a „veszélyeztetett populációt” prevenciós tanácsokkal ellátni. Így az állítás, miszerint az erektilis diszfunkció medikalizációjának története egybe esik a zavar tüneteinek modernkori, orvosszakmai hitelesítésével kissé félrevezető, mert ezáltal könnyen azt gondolhatjuk, hogy az endokrinológia létrejötte előtt a potencia-problémák narratívájának jellegzetessége épp az volt, hogy ezek *nem-orvosi* narratívák voltak.

Az erekciós problémákról szóló első írásos feljegyzés az időszámításunkat megelőző 18. századi Indiából származik és *Samshita of Sushruta* nevéhez fűződik. Ez a szöveg módszeresen leírta az impotencia, vagy modernkori terminológiát használva az erektilis diszfunkció állapotát. A kínai orvoslás és életfilozófia alapjául szolgáló *Jin és Jang* is tartalmaz az impotenciával kapcsolatos feljegyzéseket. Ebben egészen konkrétan szerepelnek olyan életkorhoz fűződő rizikófaktorok, melyek az akkori feltételezések szerint hajlamosíthatták a férfiak szexuális diszfunkciójának kialakulását. A problémamentes erekciót a fizikai értelemben vett egészség fontos elemének tartották, és a „Jang-rendellenességének” egyértelmű tüneteként tekintettek az impotenciára.<sup>121</sup> Melampus alakján keresztül abban is biztosak lehetünk, hogy az impotencia toposza a görög mitológiában is megjelent. A mítikus hőst első sorban gyógyításai tették híressé, mely kiterjedt a gyermekáldás elmaradásával és a férfiasággal kapcsolatos problémák kezelésére is. A görög mitológia *Phylacus történetén* keresztül tárja elénk, milyen nagy hangsúlyt fektetettek az antik görög világban a szexuális

---

<sup>120</sup> Shah, 2002, 433. o.

<sup>121</sup> Ibid. 434. o.

diszfunkciók pszichologizáló megközelítésére. Az akkori felfogás ugyanis a probléma eredetét valamilyen gyermekkorból fennmaradó szexuális szorongással magyarázta.<sup>122</sup> A pszichologizáló narratíva pedig egészen megdöbbentő ideig, az 1990-es évek végéig fenn is maradt.

Az impotencia biblikus szöveghelyeken is fellelhető. Az *Ótestamentumban* olvasható Sára és Ábrahám házasságát feldúló Ábimelek (Abimelech), Gérár királyának története.<sup>123</sup> A történet szerint Ábimelek ellenálhatatlan vonzalmat érzett Sára iránt, akit a háremébe parancsolt. Álmában Isten figyelmeztette, hogy ha megérinti Ábrahám feleségét, úgy meghal. A halálbüntetés ugyan nem következik be, azonban Ábimelek később saját „impotenciáját”, férfiasságának és hatalmának felborulását Isten büntetéseként értelmezte.

A következő korokban, így a középkorban és az újkor nagy részében is elfogadott volt az *Ótestamentumból* származó nézet, miszerint az impotencia végső soron nem más, mint az isteni gondviselés egy eszköze, voltaképpen büntetés. A probléma komolyságát jól fémjelzi, hogy a tizenharmadik és tizenhetedik század közötti időkben a felsőbb társadalmi osztályokban a férfi impotenciája volt az egyik egyedüli elfogadott házasságfelbontási alap a kanonikus szabályok szerint.<sup>124</sup>

Mindent összevetve jól látható, hogy a középkorú és az idősebb férfiak szexuális funkcióinak részleges vagy teljes elvesztése a XIX. századot megelőző időkben többségében valamilyen *külső okok hatására bekövetkező változás* volt, amely egyértelműen egzisztenciális megrázkódtatást okozott, tekintve, hogy az érintetteknek nem csak a társadalmi dominanciájuk csorbult, de büntetésként nem részesülhettek az isteni kegyelemből sem.

Az impotencia fiziológiai és pszichológiai, így *in vivo* eredetű problémaként való megragadása végső soron az emberi élet fiziológiai narratíváját priorizáló élettudományos forradalom hatására zajlott le. Az 1800-as évek hangadó orvosbiológus szerzőinek megítélése szerint a szexuális diszfunkciók nem tekinthetők a szervezetben bekövetkező normális változásoknak, így hiba volt beletörődni a férfiasság erejének képletes és szó szerinti elmúlásába. Az andropauzáról író újkori szerzők az állapotot rend szerint gyógyíthatatlannak ítélték, habár progressziójának lassítása ellen egyes életmódbeli szokásokkal, úgy vélték,

---

<sup>122</sup> Erről árulkodik a pszichoanalitikus mozgalom atyjaként tisztelt Sigmund Freud által a XX. század elején bevezetett Ödipusz-komplexus fogalom, amely Oidipusz görög király történetére támaszkodik.

<sup>123</sup> Idézi Shah, 2002, 434. o.

<sup>124</sup> Shah, 2002, 435. o.

aktívan tenni lehet. Az okok hátterében a biológiai eredők marginálisak voltak, ellenben nagy hangsúlyt fektettek az egyének életmódjára, viselkedésére. Kifejezetten ajánlatos volt a túlzott nemi aktivitás mérséklése, amely végül kiegészülve az eddig felsorolt útmutatásokkal, összességében két fontos normatív hozadékkal is bírt. Elsőként azzal, hogy az egyén morálisan felelőssé vált önnön öregedésének minőségéért.<sup>125</sup> Ismételten szeretném felhívni a figyelmet arra, hogyan köszön vissza a szomatizációnak egyik típusos stratégiája: a hipochonder tematika kiépítése zajlik az öregedő férfi testének szomtaizálásán keresztül. A férfi készenléti állapotba kényszerül, egzisztenciális biztonsága érdekében az orvosi szabályok betartására kell törekedjen és figyelnie kell azokat a baljós jeleket, melyekről a kor orvosai hangsúlyozzák, hogy időben történő diagnosztizálásuk esetén hatalmukban áll lassítani az impotencia „kórlefolyását”, amely ellenkező esetben egzisztenciális ellehetetlenüléshez vezet. Normatív hozadékú másrészt azért, mert a túlzott nemi aktivitás mérséklése elősegítette a szexualitásnak viktoriánus korabeli normalizációs programját, mely mint azt Foucault kimutatta, a családi hálósobába kényszerítette és első sorban reprodukciós céljaira korlátozta a nemi vágyat.

A szexuális magatartásoknak az öregedéssel együttjáró változásaiban meghatározóak a biológiai nemek antinómiájára épülő különbségek. Ez a különbözőség az androcentrizmus jól kimutatható példája. Míg a kor orvosai a menopauzát eleinte *a női egészség helyreállásaként* értelmezték, tekintettel arra, hogy a szexuális vágycsökkenés a hangulat és a magatartás egyensúlyi állapotát idézte elő,<sup>126</sup> addig a férfiak libidócsökkenése egyértelműen patológikus színezetet kapott.<sup>127</sup> A XIX. és XX. század fordulója a meno-és andropauza orvosi leírásával elvezetett a megfiatalodás és az öregedés folyamatát késleltető orvostechnológiák térnyeréséhez. Mint azt a későbbiekben kifejtem, az esztétikai plasztikai sebészet a mai napig alapjaiban véve meghatározza az öregséggel, a haldoklással és halállal és a szépséggel kapcsolatos nyugati országokra jellemző társadalmi attitűdöt, amelyek közös tapasztalata a medikalizáció. A folyamat végső soron kiépítette az öregedés elleplezésére irányuló kultúrát és az ezek eléréséhez szükséges, egyes esetekben gerontofób normákat is.<sup>128</sup>

---

<sup>125</sup> Marshall-Katz, 2002, 47. o.

<sup>126</sup> Mint azt a nők tudományos keretek között történt hiszterizálása kapcsán kiemelem, a XIX. század orvosai a szexuális aktivitással kapcsolatosan biológiai okokra visszavezetett különbségeket feltételeztek. A nő ezek alapján akkor volt „normális”, amennyiben távol tartotta magát a testi gyönyöröktől, szexuális életet csak reprodukciós célból, a férfi kezdeményezésére élt.

<sup>127</sup> Ibid. 48. o.

<sup>128</sup> Conrad, 2007, 27. o.

Az öregedés nem kívánt hatásai ellen harcoló férfitársadalom eszköztára jelentős átalakuláson ment keresztül a XIX. század végére. Bár Francis Bacon testnedvekkel és a kiszáradással kapcsolatos teóriája meghatározó volt a terápiák jellegét tekintve, ugyanakkor azonban az életmódbeli változtatások helyett a gyógyszeres, szélsőséges esetekben pedig a sebészi eszköztár térnyerése volt megfigyelhető. A fiatalító készítmények szinte kivétel nélkül állati eredetű ivarszerveknek, például a herék szöveteinek felhasználásával előállított gyógyszerekből álltak, azonban a drasztikusabb, sebészi terápiák leírásai (pl. a körülmetélés mint a férfiproblémák XIX. századi univerzális gyógymódja) is megjelentek a korabeli orvosi szövegekben. Marshall és Katz is több huszadik század elején alkalmazott terápiát bemutat, amelyektől a korok orvosai megkérdőjelezhető módon a de-maszkulinizációs folyamat visszafordulását várták: jól mutatja a sebészeti törekvések bacon-i eredetét az osztrák orvos, Eugen Steinach módszere is. Ennek lényege, hogy az ondóvezeték elvágásával a termelődő ivarsejteket visszavezették a testbe.<sup>129</sup> Ezek a többségében spekuláción alapuló kísérleti eljárások ismételten Foucault-nak a szomatizációról megállapított stratégiájára emlékeztetnek: A XIX. század végére ugyanis *az andropauzának, mint totális betegségnek kiépült a tudományos konfabulációja is*. A tudományos „meseszövés” tárgya a férfierő megőrzése, amelynek *conditio a priori*-ja, hogy az öregedő férfi test minden percben a teljes leépülés, a halál felé haladt. Az öregedés természetesen előforduló tünetei az andropauza, mint az egyén életét veszélyeztető krónikus rendellenességnek a képében összekapcsolódtak. A férfi öregedésének medikalizációjában ez egy kulcsmomentum. Végül pedig az orvosok a preventív, non-invazív vagy invazív eljárások alkalmazásának alátámasztását *az andropauza naprakész kóroktani nozográfiái kategóriáinak megfelelően intézték*.

Miután az andropauza fokmérőjeként kibontakozott impotenciának a szomatizációs folyamatát levezettük, tekintsük át, hogy a jelenség milyen általános és szűkebb következményekkel járt. Ahogy a korábbiakban kiemelttem, a medikalizáció árnyoldala mellett fontos kitérnünk az orvosi patológiák bővüléséből származó előnyökre is. A férfiak öregedésével kapcsolatos medikalizáció pozitív hozadéka olyan szubdiszciplínák létrejötte, mint amilyen például a gerontológia. Az öregedés orvosi hatókörbe vonásának előnyeiről a New York Times bestseller szerző, Dr. Atul Gawande Mert egyszer meghalunk című kötetének egésze példaként állítható, azonban nagy hatást gyakorolt rám az alábbi gondolat. „Néhány éve a Minnesotai Egyetem kutatói 568 hetven év feletti férfit és nőt azonosítottak,

---

<sup>129</sup> Ez az úgynevezett *Steinach-operáció*, az osztrák Eugen Steinbach nevéhez kapcsolódik V.ö.: Marshall-Katz, 2002, 49. o.

akik akkor önállóan éltek, de magas volt annak a kockázata, hogy krónikus betegség, újabb megbetegedés vagy kognitív változások következtében képtelenné válnak az önellátásra. Az illetők beleegyezésével a kutatók a csoport felét véletlenszerűen kiválasztva beutalták egy geriátriai orvos- és ápolócsoporthoz – egy olyan csapathoz, amelynek tagjai az öregkor kezelésének tudományát és *művészetét* [kiem: T.G.] választották hivatásuknak. A többiek továbbra is a megszokott orvosaihoz jártak, akiket értesítettek az állapotukról járó kockázatról. Tizennyolc hónapon belül mindkét csoport tagjainak 10 százaléka meghalt. A geriáter csapathoz járók azonban negyedakkora eséllyel váltak önellátásra képtelenné, és feleakkora eséllyel alakult ki náluk depresszió, mint a másik csoportnál. Otthoni ápolásra is 40 százalékkal kisebb valószínűséggel volt szükségük.”<sup>130</sup> Gawande összefoglalása tehát arra utal, hogy a szoros orvosi obszerváció és a gondozás művészete bár kétség kívül non-medikális életterületek feletti kontrollt is maga után von, azonban végül olyan absztrakt értékeket is kiszolgál, mint az emberi méltóság, vagy az (időskori) önrendelkezés.

A geriátria önállósodása jellemzően inkább a XX. század elejéhez kapcsolódik. Bár az orvosi mikrobiológiai tudás azonban már ebben az időben is a celluláris szintekig hatolt, az öregedési folyamat sejtszintű vonatkozásait csak az 1900-as évek elején aknázták ki az orvostudomány. Az öregedés ebben az időszakban több fronton alárendelődött az orvostudomány eszközeinek: diagnosztikus kategóriák, preventív és kuratív technológiák és nem utolsósorban bizakodó tudományos jövőkép épült ki a medikalizált öregedő test és a hanyatló szellem diskurzusában. Ezt az optimizmust igazolják a gerontológia fogalmának megalkotója, az orosz zoológus (!) Elie Metchnikoff-nak (1845-1916) tudományos víziói is. Értelmezésében a gerontológia nem csak az öregedéssel foglalkozó tudomány volt, hanem egyfajta evangélium hordozója is.<sup>131</sup> Álláspontja szerint a vitalitását lassanként elvesztő test vizsgálata mellett, az orvos kimondott célja realizálni azt az elvárást, mely szerint a sejtek működésének egyre pontosabb megismerésével egy nap majd nem csak a betegségek kórokeinak azonosítására és azok precíziós gyógyításra, de a halál késleltetésére is lehetőség nyílik.

A XX. század fordulóján a gerontológia összességében nem csak orvosszakmai paradigmaváltást sürgetett, de hozzájárult az öregedéshez társuló értékrend megváltoztatásához is. Az életkor előrehaladtához társuló negatív sztereotípiáknak, mint a

---

<sup>130</sup> Gawande A.: *Mert egyszer meghalunk. Az orvostudomány és ami a végén számít.* Tericum, Budapest, 2015. 59. o.

<sup>131</sup> Stambler I.: *Elie Metchnikoff—The Founder of Longevity Science and a Founder of Modern Medicine: In Honor of the 170th Anniversary.* Adv Gerontol, (2) 28, 2015, 207-217. o.

hanyatlásnak és kiszolgáltatottságnak a helyére szándékosan pozitív értékek kerültek. A gerontológia szakterületének képzeletbeli zászlaján számos normatív üzenetet fedezhetünk fel, melyek a világ legkülönbözőbb kultúráiban meghatározzák a sikeres öregedéssel (*successful aging*) kapcsolatos elvárásokat. Az emberi méltóság megőrzéséhez szükséges eszközök védelmét orvosi segítséggel kiszolgáló gerontológia az idősödő populáció modernkori megsegítőjévé vált. Az átalakulás hatására orvosi hatókör alá vonódtak az életerő, az aktivitás, az autonómia értékei is.

Az ekkor még az andropauzához szervesen hozzá tartozó szexuális diszfunkciónak a medikalizációjában az 1950-es és 1980-as évek között megfigyelhető egy jól körülhatárolható töréspont. Ez alatt a nagyjából három évtized alatt az impotencia organikus okai és orvosi terápiái mellett megjelent egy pszichologizáló narratíva is, amely számos életmódbeli háttérokra vezette vissza az öregedő férfiak erekciós problémáit. A fentebb hivatkozott sikeres öregedés koncepcióból gyökerező önrendelkezési igény értelemszerűen a test feletti minél teljesebb kontroll megőrzésének céljával a szexuális funkciók megőrzésére is kiterjedt. Jelen vizsgálódás keretei között ennek az időszaknak a részletes bemutatására nem vállalkozom, azt azonban érdemes kiemelni, hogy az 1980-as években igen nagy érdeklődésnek örvendő *Love and Sex after 60* című könyv szerzői, Robert Butler és Myrna Lewis gerontológusok a hatvanév felett impotenciát tapasztaló férfiak tüneteinek 90%-ban tisztán pszichológia, és csak a maradék 10%-ban feltételeztek organikus okokat.<sup>132</sup>

Az etiológiai fordulópontot a szakirodalom egy Dr. Giles Brindley nevű orvos előadásához kapcsolja. Brindley doktor 1983-ban egy ma már minden bizonnyal nehezen elképzelhető konferenciaszerpelés alkalmával saját nyugalmi állapotban lévő péniszébe injektált egy phenoxybenamin tartalmú oldatot, amely minden egyéb stimuláció nélkül erekciót okozott a pódiumon előadó orvos számára. Brindley ezáltal azt próbálta igazolni, hogy az erekciós zavarok kezelésében az orvostársadalom nagy biztonsággal támaszkodhat a gyógyszerészek által előállított készítményekre. Ez a fordulat kétségtelenül és valószínűsíthetően végérvényesen a medikalizáció pályájára állította a maszkulinitásuktól az életkor előrehaladása miatt búcsúzni kényszerülő férfiak kezelési alternatíváit. Bő tíz évvel később, 1995-ben Michael E. Metz és Micahel H. Miner kizárták, hogy a szexuális funkcióvesztés az öregedéssel együtt járó „normális” jelenség lenne, ez sokkal inkább

---

<sup>132</sup> Butler R. N., Lewis M. L.: *Love and Sex After 60, Revised edn.* New York, Harper and Row, 1988. 45. o. idézi Marshall-Katz, 2002, 54. o.

„társbetegségek folyamatából, gyógyszerek mellékhatásából, testi fogyatékokból” következik.<sup>133</sup>

A potencia problémák normatív és axiológiai értéke nem változott számottevően az 1980-as és 1990-es évek között, habár orvosszakmai nézőpontból ez idő alatt nagyléptékű változások történtek. Az impotencia terminus kiszorult a szaktudományos diskurzból. Helyét az „erektilis diszfunkció” kifejezés vette át, amelyet különféle nemzetközi szakmai szervezetek, mint a *National Institute of Health* (NIH) hoztak létre és tettek ismertté. *Ez a gyűjtőfogalom azt az organikus alapokra visszavezethető állapotot írja le, amelynek során a férfi képtelen behatolással járó szexuális aktus létesítése céljából az erekció elérésére, vagy annak fenntartására.*<sup>134</sup> Az NIH konszenzus-konferenciáján továbbá azt is hangsúlyozta, hogy az életkor önmagában nem lehet oka az erektilis problémáknak, azonban az erektilis diszfunkcióra való hajlam az évek múlásával bizonyosan emelkedik, így minden bizonnyal epidemiológiailag is jelentős kórképről van szó.

Az erektilis diszfunkcióval kapcsolatban megfigyelhető diagnosztikus, terápiás és nem utolsó sorban nozológiai (betegség osztályozási) átalakulás a medikalizáció több, jellegzetes problémájára felhívja a figyelmet, amelyeket a felsorolás után a következő fejezetekben fogok részletezni. (1) A férfiak szexuális teljesítményével kapcsolatos elvárások nem csak és kizárólag biológiai folyamatoktól függenek, ugyanis a férfiassághoz kapcsolódó értékeink társadalmi konstruktumok, amelyek a példánk esetében tapasztalható nagyfokú állandósága ellenére is változhatnak. Az eddigi történeti áttekintésben megjelenítettük a maszkulinitáshoz tradicionálisan hozzátársuló értékeket, mint például a bátorságot, a testi és szellemi vitalitást, a reprodukív funkciók normális működésével kapcsolatos elvárásokat. Ezekben közös, hogy túlmutatnak az ember biológiai természetéből levezethető, sokak szerint értékeslegesség attribútumokon. A történeti áttekintés alapján olybá tűnik, hogy az orvostudomány mindig is a maszkulin értékek és androcentrikus célok megvalósításának egyik elsődleges eszköze volt. Az elsődlegesség a technokrata társadalmak számára később azonban kizárólagossá válik. (2) A nyugati társadalmakban a maszkulinitással kapcsolatosan megfigyelhető társadalmi igények nincsenek szinkronban azzal, amit ennek eléréséhez az orvostudománytól reálisan elvárhatunk. Az erektilis diszfunkció minden esetben megragadható a test egy rendellenes működéseként, hiszen a funkcionalitás és funkcióvesztés végső soron a szervezetünkben

---

<sup>133</sup> Metz M. E., Miner M. H.: *Male "Menopause", Aging and Sexual Function*. Sexuality and Disability (4) 13, 1995, 299. o. idézi Marshall-Katz, 2002, 55. o. (saját fordítás)

<sup>134</sup> Marshall-Katz, 55. o.



működő biokémiai folyamatok hatására történik meg. Az erekciós zavarokkal kapcsolatos molekuláris ismeretek azonban könnyen tévútra vezethetnek minket, amennyiben rutinszerűen hajlamossá válunk a potencia-problémák okát kizárólagosan organikus alapokra redukálni. Valóban kecsegtető lehet az erekciós zavarok kialakulása mögött lineáris okságot feltételeznünk, azonban a valóság ezzel szemben komplexebb, hiszen a szexuális zavarok háttérében gyakran leplezetten, de olyan komponensek húzódnak meg, amelyek természetüknél fogva elkerülhetik a diagnosztika figyelmét. A teljesség igénye nélkül ilyenek lehetnek a férfiasság értékeinek normalizációjából következő szorongás, az öregedés és a szexualitás összeegyeztetésével együtt járó frusztrációk, és egyéb egzisztenciális értelemben jelentős kihívások (házassági problémák, munkahelyi nehézségek, veszteség, stb.).

#### 4.4. Terápiás lehetőségek a XX. század végén

Az 1990-es évekre az erektilis diszfunkció nemcsak orvosszakmai berkeken belül vált megszokottá, de a köztudat részévé is lett. Általánossá vált az a felfogás, miszerint voltaképpen minden negyvenedik életévét betöltött férfi veszélyeztetett, és a kor előrehaladtával legalább akkora eséllyel kialakul nála a szexuális diszfunkció, mint amekkora eséllyel elkerüli azt. A zavar prevalenciájáról és incidenciájáról a tudományos elvárásoknak megfelelő módszertannak megfelelő statisztikák sokáig nem készültek. Egy 2016-os vizsgálat szerint a probléma mintegy 12 millió, 40-79 éves kor között lévő, az Egyesült Államokban élő férfit érint.<sup>135</sup> A témát feldolgozó metaanalíziseket áttekintve megállapíthatjuk, hogy az erektilis diszfunkció előfordulását tekintve a 40. életév statisztikailag valóban fordulópontot jelent. Giulia Rastrelli és Mario Maggi vizsgálata is ezt tükrözi; megfigyelésük szerint az erekciós zavarokkal orvoshoz fordulók aránya a negyvenedik életévnél fiatalabbak esetében relatíve alacsonynak mondható, amelyet az általuk közölt 14,1%-os prevalencia is tükröz.<sup>136</sup>

Az erektilis diszfunkcióval foglalkozó tanulmányok zöme a téma élettudományos vonatkozásaival kapcsolatos: az orvostudományi kutatások nagy hangsúlyt fektetnek az erekciós problémák fiziológiai háttértényezőinek pontosabb megértésére, az állapotból fakadó

---

<sup>135</sup> Rew K.T., Heidelbaugh J.J.: *Erectile Dysfunction*. Am Fam Physician. (10) 94, 2016, 820-827. o.

<sup>136</sup> Rastrelli G., Maggi M.: *Erectile dysfunction in Fit and Healthy Young Men: Psychological or Pathological?* Translational Andrology and Urology. (1) 6, 2017, 79–90. o.

tünetek mérséklésére, valamint a gyakran az erektilis diszfunkcióval kapcsolatban álló társbetegségek azonosítására. Uralkodónak mondható tehát a betegség leírásának orvosi modellje. Bár a patogenezist részletező publikációkban felsorolt organikus okok (szív-és érrendszeri megbetegedések, diabetes mellitus, hyperlipidaemia, magasvérnyomás, metabolikus szindróma, stb.) mellett szinte kivétel nélkül megjelennek szociokulturális komponensek is, ezek a legtöbb esetben a főszövegekben megmagyarázatlanul és marginálisan szerepelnek. Rastrelli korábban hivatkozott tanulmánya pontosan azért különleges, mert első sorban a negyvenedik életévnél fiatalabb férfipopuláció patogenetikai komponenseit vette górcső alá. Miként az erektilis diszfunkció történetében igazán hosszú periódust ölelt fel a feltételezés, miszerint a probléma pszichológiai vonatkozású, így Rastrelli feltételezte, hogy az organikus esetek mellett a fiatal korosztályban a szerepelvárásokból fakadóan helyt kell kapjon a szociokulturális hatásokra is ügyelő multidimenzionális tünetértelmezés. Ennek fényében a kórkép valós ábrázolásához egyszerre szükséges értékelni az egyén organikus hátterét, kapcsolati viszonyait és pszichológiai státuszát is. A medikalizáció biokémiai redukcionizmusa és az erektilis diszfunkció betegség leírásának orvosi modellje vélhetően torzítja a diagnosztikus folyamatot, hiszen a fajtipikus működések és rendellenességek a referencia csoportok szűkítésével (pl. a 40-79 éves korcsoport 20-39 évesre szűkítésével) a hajlamosító okokat is befolyásolják.

Fontos kiemelnünk, hogy az erekciós zavaroknak a fiatal populációban megfigyelhető demedikalizációs törekvése is veszélyeket rejt magában. Hiába feltételezhető, hogy az orvosi segítséget kérő fiatal férfiak háttérócai között az organikusnál nagyobb eséllyel húzódnak meg párkapcsolati, pszichológiai és szociális komponensek, az etiológia helyes értelmezése miatt feltétlenül szükséges az ilyen panaszokkal jelentkező fiatalok tüneteit is minden diagnosztikai ágenst figyelembe véve kivizsgálni. Bizonyított, hogy bár ritkán, de a fiatal korosztályban épp úgy előfordulnak a tünetek megjelenése mögött meghúzódó szervi okok, amelyek egyes kutatások szerint előjelezhetnek későbbi kardiovaszkuláris betegségeket is. Ezt a tényt alapul véve a rutinszerű demedikalizáció megfoszthatja az érintett fiatal férfiakat a kardiovaszkuláris rizikócsökkentésnek megfelelő időben és helyes eszközökkel történő elkezdésétől. Összességében tehát megállapíthatjuk, hogy hiába aggasztó az erektilis diszfunkció évről-évre növekvő prevalenciája, a fiatal férfi populáció rutinszerű demedikalizációja is veszélyeket rejt magában.<sup>137</sup>

---

<sup>137</sup> Rastrelli-Maggi, 2017, 79–90. o

Nem túlzás azt állítani, hogy a XX. századra az orvostudomány is hozzájárult az úgynevezett „életen át tartó szex!” (*sex for life*) imperatívusz széles körű elfogadtatásához, amelynek értelmében egy tudományosan fejlett világban az életkor önmagában már nem képezheti akadályát a behatolással járó szexuális aktusok létesítésének. Kérdéses azonban, hogy a szexuális élet szinte korlátok nélküli időbeli meghosszabbítása kinek az igénye és érdeke valójában? Tényleg arról van-e szó, hogy a Viagra, a Cialis, a Levitra és a további készítmények megjelenése a modern orvostechológia korában szocializálódott férfiak, vagyis a fogyasztók igényeire adott direkt válaszként értelmezhető? Annie Potts 2006-os tanulmányában ezt a kérdésfelvetést boncolgatja. Tézise szerint az erektilis diszfunkciónak nevezett jelenség mára diagnosztikus és terápiás oldalról egyaránt elfogadottá vált, azonban a férfiak szexuális attitűdjeinek egyoldalú átértelmezése figyelmen kívül hagyja egy szélesebb réteg interpretációját a „normális” szexuális életről.<sup>138</sup> A szerzők koncepciójuk kibontásában támaszkodtak Margareth Morganroth Gullette-nek az úgynevezett „*midlife decline narrative*” tézisére. A hanyatlással kapcsolatos diskurzus megkerülhetetlen az erektilis diszfunkció társadalomtudományi kontextusának pontosabb megragadásához.

A férfiak szexuális magatartásának vonatkozásában Gullette hanyatlás-tézise úgy értelmezhető a legkönnyebben, ha először is dekódoljuk a nyugati társadalmak heteroszexuális férfiakkal szemben támasztott szexuális elvárásokat. Ennek középpontjában a test öregedésével kapcsolatos testtapasztalatok negatív értelmezése áll. *Kultúránk számos irányból azt közvetíti felénk, hogy a szexuális együttlétek számának csökkenő tendenciája problémá-színezetet kell hogy öltönn.* Gullette igyekezett újradefiniálni a „normális” szexualitás fentebb ismertetett szűk (vagyis behatolási képességként felfogott) értelmezését. 1998-as nagy figyelmet övező *Welcome to Middle Age (and Other Cultural Fictions)* című munkájában gyakorlati példák segítségével próbálta igazolni, hogy rengeteg férfi számolt be az életkor előrehaladtával bekövetkező, a szexuális életet érintő változásokról, azonban ezek önbevallásuk alapján nem voltak szükségszerűen rosszabbak az aktusok minőségét illetően.

Ebben az értelemben tehát Gullette munkásságát tekinthetjük egyfajta demedikalizációs ellentámadásként is, hiszen nyíltan szembement az erektilis diszfunkció alapját képező hanyatlás-narratívával, amelynek helyébe az életkor medikalizációját zárójelező „progresszív-narratívát” léptette. Potts és munkatársai is visszautalnak a medikalizáció Foucault-hoz kötődő interpretációjához. Ennek értelemben a medikalizált társadalmakról azt feltételezzük,

---

<sup>138</sup> Potts A., Grace V. M., Vares T., Gavey N.: *Sex for Life? Men's Counter-Stories on 'Erectile Dysfunction', Male Sexuality and Ageing*. *Sociology of Health & Illness*, 28, 2006, 306-329. o.

hogy a hatalom az egyén mozgásterét ellenőrizni, racionalizált diskurzusok által korlátozza, és ez összességében elsöprő hatalmi fölényt eredményez. Mint igazoltuk, a mindenütt jelenlévő hatalom befolyásolja önképünk, társadalmi értékeink, és mint Foucault hangsúlyozta, még intézményeink építészeti felépítését is. Foucault a medikalizáció felügyeleti jellege mellett rámutatott arra, hogy a diszkurzív hatalmi fölény meggyöngyítését új narratívák érvényesítésével lehet elérni. Gullette és később Potts munkásságát ezáltal joggal tekinthetjük egyfajta posztmodern filozófiai praxisnak is, amely nem kevesebbet tűzött ki céljául, mint a medikalizáció terhe alóli felszabadítást, amely képes visszaadni a hatalom üzenetei alatt roskadozó egyén autonómia-érzetét a „normális szexualitásáról” szóló diszkurzív spektrum kiszélesítése révén.

## 5. Részkonklúzió

Vizsgálódásunk során következő kardinális témaköre a medikalizációnak a fogyasztói társadalomra és az ebben élő szubjektumokra gyakorolt hatásainak vizsgálata. A férfiak szexualitásához és a test öregedéséhez kapcsolódó társadalomtudományos diskurzusban a szakirodalom szinte kivétel nélkül megkülönböztet pre-és poszt-Viagra korszakokat, amelynek határvonalat közvetlenül az ezredforduló előtti évek jelentik. A talán leghíresebb potenciagyógyszer 1998-as piaci betörése számottevően befolyásolta a férfiak szexualitásával és öregedésével kapcsolatos társadalmi attitűdöket a nyugati országokban. Ennek vizsgálatában a Gullette által bevezetett progresszív-narratíva, valamint a medikalizáció axiómáihoz klasszikusan hozzátartozó hanyatlás-narratívák jó fogódzót jelentenek.

A Viagra előtti időkben egyáltalán nem volt ritka, hogy a férfiak életkori sajátosságának hangsúlyozottan *normális* folyamatának tekintették az intimitáshoz kapcsolódó szokások megváltozását (pl. szexuális aktusok számának csökkenését). A férfi menopauza nem kapcsolódott össze szervesen a hanyatlás-narratívával, hiszen a behatoláshoz szükséges fallikus képesség elvesztése nem eredményez szükségszerű lemondást az aktív szexuális életről, inkább csak az örömszerzés módozatainak megváltoztatását. Számos tudományos szöveg, mely a Viagra piaci bevezetését megelőző időkben jelent meg, külön kategóriákba rendezte a férfiak szexuális életében az évek múlásával bekövetkező változásokat. Az egyik leghíresebb ilyen narratíva Gail Sheehy nevéhez kapcsolódik, akinek kiindulási alapja távol áll a korunkban általánosan elfogadott „*sex for life*” imperatívusztól, amely szerint az

egészséges férfiak szexuális viselkedését nem szabad, hogy az életkor kényszerűen befolyásolja. A szexuális élet egyes életkori állomásait összegző munkájának jelmondata sokkal inkább van összhangban az úgynevezett „használd, vagy veszítsd el” (*use it or lose it*) imperatívusszal, miszerint a férfiaknak érdemes élniük a saját lehetőségeikhez mérten kínálkozó eszközökkel a szexuális életük folytatásához, különben később ez a képességük is elvész.<sup>139</sup>

Fontos részmegállapítás, hogy *a kétezres éveket megelőző évtizedekben az öregedésről és a szexuális szokások változásáról szóló diskurzust egyáltalán nem a degeneráció és a lelassulás asszociációi dominálták*. Ellenkezőleg, hiszen ahogy arra számos szöveg rámutat, a férfiak örömforrása nem kapcsolódott szükségszerűen a behatolással járó együttlétekhez, így ennek a képességnek a kvázi elvesztése nem eredményezett medikalizációt. Ahogy arra Potts is felhívja a figyelmet, az életkori változásokra a kölcsönös örömszerzés új eszközeként, a genitális régióktól eltérő testtájak felfedezésének lehetőségeként is tekinthetünk. Ki kell tehát hangsúlyoznunk, hogy a Viagra térhódítását megelőzőleg is számolni kellett a középkorú férfiakkal szembeni támasztott elvárásokkal, a férfiak változó szexualitásából adódó új normák megjelenésével, azonban *ez kizárólag a test megváltozott természetéhez való adaptációra szólította fel az érintetteket*. A pre-és poszt-Viagra éra egy tekintetben azonban fontos hasonlóságot is mutat, tudni illik mind a hanyatlás, mind a progresszió narratívái abból az axiómából indulnak ki, hogy a maszkulitásnak alapvető része a szexuális élet folytonos és élethosszig tartó művelése!

A két éra közötti további különbség egy banális definíciós problémára vezethető vissza, jelesül a „szex” fogalom tartalmi különbözőségére. Ahogy arra fentebb utaltam, az erektilis diszfunkció medikalizációját megelőzőleg a „szex” többet jelentett, mint a poszt-Viagra éra esetében. A gyógyszer megjelenése után a férfiak szexuális értelemben vett aktív státusza szinte csak és kizárólag a behatolási képességen állt vagy bukott. *Ez a radikális redukcionizmus az intimitás egyéb módozataira nyitott személyek szexuális aktivitását figyelmen kívül hagyta, és patológikussá színezte a penetrációra nem, vagy csak korlátozottan képes populációt*. A pre-Viagra éra üzenete, hogy mindenki találja meg az intim együttléteknek, a gyönyörszerzésnek azt a módját, amely által az egyén alkalmazkodhat a természetéből fakadó képességeihez. A poszt-Viagra éra viszont a behatolási képesség helyreállításának ígéretével egészen más normákat fogad el, hiszen az intimitás korábbi széles

---

<sup>139</sup> Sheehy G.: *Understanding Men's Passages: Discovering the New Map of Men's Lives*. New York, Ballantine Books, 1999. idézi Potts et al., 2006, 310. o.

spektrumát egy penetráció-fókuszú szemlélettel váltotta fel. *Ez a narrativa egyúttal forradalmasította a szexuális egészségről és betegségről alkotott elgondolásainkat, és a szexuális képességek életkorhoz kötődő adaptációjának erényét felváltotta a kortalan férfítőmegeknek szánt üzenet, miszerint a szexet életkortól függetlenül élvezni kell!*

## **6. Az erektilis diszfunkció medikalizációja – A Viagra-marketing arculatváltásai**

Kétségtelen, hogy a Viagra mint az első valóban biztonságos és széleskörben hozzáférhető impotencia vagy erektilis diszfunkció-terápia, nem csak a szexuális teljesítményével elégedetlen férfiak/párok életére nézve gyakorolt visszafordíthatatlan változást, de megreformálta a férfiak szexualitásával kapcsolatos modernkori elvárásokat is. 1998-as megjelenése mindenképpen fordulópontnak tekinthető az erekciós zavarok kezelésében, tekintve, hogy az első gyógyszeres terápiát megelőzőleg a medicina csak és kizárólag beültethető protézisekkel és injekciókkal, vagyis költséges és viszonylag széles mellékhatás-spektrumú, invazív módokon tudta kiszolgálni a problémával élők igényeit.<sup>140</sup> A betegcsoport első sorban azokat a jellemzően 60 év feletti férfiakat jelentette, akik valamilyen ivarszervi elégtelenség, pl. a prosztatata, vagy a herék *malignus* vagy *benignus* elváltozásai miatt képtelenné váltak az erekció létesítésére.

A következőkben a Viagra és a medikalizáció összefüggését, az erektilis diszfunkcióra gyakorolt hatását tekintem át. Ahogy azt az andropauza kapcsán korábban tettem, most is arra teszek kísérletet, hogy bemutassam, miként érvényesült az erektilis diszfunkció szomatizációs mechanizmusa, amelyet a maszturbáció vonatkozásában Foucault három stratégiai eszköz segítségével feltárt.

A gyógyszer relatív biztonságosságából és könnyű hozzáférhetőségéből adódóan a Viagrát a szexuális forradalom részeként kell megragadnunk, melynek társadalmi hatásai a fogamzásgátló szerek elterjedéséhez hasonlatosak. Ennek fényében a következőkben amellet fogok érvelni, hogy a Viagra nagymértékben felelős a „*sex-for-life*” kultúra globális elterjedéséért, valamint a behatolással járó szexuális aktusok jelentőségének a felértékelődése által a heteroszexuális párkapcsolatok szexuális magatartásainak a normalizációjáért.

---

<sup>140</sup> Gurtner K., Saltzman A., Hebert K., Laborde E.: (2017). *Erectile Dysfunction: A Review of Historical Treatments With a Focus on the Development of the Inflatable Penile Prosthesis*. American Journal of Men's Health. (3) 11, 2017, 479–486. o.

A Viagra és generikumainak működési mechanizmusa a genitális területek vérellátásának fokozásában áll, amely képessé teszi a férfit a behatoláshoz szükséges mértékű erekció előidézésére és fenntartására. A szildenafil megakadályozza a hímvesző simaizmaikat ellazító, ezáltal vérbőséget okozó és fenntartó ciklikus guanozin-monofoszfátot (cGMP) lebontó foszfodiészteráz enzim (foszfodiészteráz-5 (PDE-5)) bontó hatását.<sup>141</sup> Érdekes adalék, hogy a szildenafil-citrát tartalmú készítményt, amit a felhasználók egyre gyakrabban a szexuális teljesítményfokozás szándékával alkalmaznak, eredetileg a magasvérnyomás terápiájaként, szívgyógyszerként, de még a károsodott gerincvelő kezelésében is próbára tettek. Népszerűségét tovább erősíti, hogy mellékhatásspektruma átlagosnak mondható, valamint viszonylag kevés olyan alapbetegség ismert, amely a Viagra alkalmazását ellenjavallná.<sup>142</sup>

A Viagra tehát 1998 óta a Pfizer gyógyszercég olyannyira közismert és népszerű terméke lett, hogy piaci megjelenését követően egészen rövid időn belül az erektilis diszfunkció és az impotencia-terápiák rokonértelmű kifejezésévé vált. Kevés ma kapható, a Viagrához hasonlóan népszerű és szállóigeiként is használatos készítmény fordul elő a nemzetközi piacon, így az Aspirin, a Prozac, vagy a Xanax mellett a Viagra napjainkban a világ legszélesebb körben ismert gyógyszerei közé tartozik. Bár 2017 óta a Pfizer gyógyszercég elveszítette a hatóanyag kizárólagos forgalmazási jogát, a GoodRx statisztikája szerint az erektilis diszfunkció gyógyszeres terápiájának 65%-ban a felhasználók a generikumok piaci jelenlétének ellenére is a Viagra mellett elkötelezettek.<sup>143</sup>

Az erektilis diszfunkció mint szociokulturális képződmény a medikalizációs szakirodalom egyik fontos toposza. Chris Wienke koncepciója alapján tekintsük át az impotencia farmakolizációjának főbb mozgatóit és következményeit. Tézisem Wienke alapján, hogy az erektilis diszfunkció gyógyszeres terápiája a férfiak „normális” szexuális működésének megváltozásához és technicizálódásához vezetett. A folyamat előidézői címszavakban: (1) a technológiai fejlődés; (2) a természetes szexualitás fokozása

---

<sup>141</sup> Eardley I., Ellis P., Boolell M., Wulff M.: *Onset and Duration of Action of Sildenafil for the Treatment of Erectile Dysfunction*. British Journal of Clinical Pharmacology, (53) 1, 2002, 61–65. o.

<sup>142</sup> Moreira S. G. Jr., Brannigan R. E. et al.: *Side-Effect Profile of Sildenafil Citrate (Viagra) in Clinical Practice*. Urology, (3) 56, 2000, 474-476. o.

<sup>143</sup> Berkeley L. Jr.: *Pfizer Holds the Lead in the Erectile Dysfunction Market Even as Viagra Sales Falter*. 2019. cncb.com Letöltés ideje: 2020. 06. 30.

(enhancement); (3) a maszkulin uralom továbbvitele; (4) nem-orvosi célú életmód befolyásolás.<sup>144</sup>

Az ezredforduló globálisnak mondható technológiai hozadéka az egyre nagyobb tömegek számára elérhető internethozzáférés, mely a Viagra elsőszámú piacának számító Egyesült-Államokban drasztikusan befolyásolja a felhasználók gyógyszerhez jutási szokásait. Az erektilis diszfunkció diagnosztikai eszközei egy 15 *item*-ből álló önértékelő skála kitöltésével kezdődtek, amelyet a *New Jersey Center of Sex and Marital Health* központ urológus és családorvos szakemberei fejlesztettek ki. Az internetes gyógyszervásárlás a kérdőív online kitöltésével hamar kiiktatta az erekciós problémákkal küzdő férfiak orvoslátogatási kötelezettségét, és igencsak aggályos, hogy így járulékosan a multikauzális háttérokok felderítésének lehetőségét is.<sup>145</sup> Arról nem is beszélve, hogy az internetes állapotfelmérés és online orvos-beteg találkozások a sáv szélességi korlátok és a kezdetleges információs technológia korában csekély mértékben támogatták a páciens, mint bio-pszichoszociális egységet szem előtt tartó diagnosztikai és terápiaválasztási alapelvet.

A medikalizált impotencia létrejötte Wienke értelmezésében egy meglehetősen összetett multiprofesszionális együttműködés eredménye, melyben az orvostudomány és a gyógyszeripar csak két meghatározó komponens a sok közül. Számításba kell venni a tömegkultúra médiumainak szerepét és a fogyasztói társadalom sajátosságait is. A modern kor férfiképébe integrált fallocentrikus, tehát a vaginális és anális behatolásra fókuszált szexuális kultúra háttérbe szorította a szexuális érintkezések emocionális és az intimitás egyéb formáit is magában foglaló dimenzióit. Ez a változás, mint azt fentebb hangsúlyoztuk, a poszt-Viagra éra egyik jellegzetessége volt, melyet csak fokozott a könnyű internetes hozzáférés a szexuális tartalmakhoz. Számos könyv és tanulmány foglalkozott az online pornográf tartalmak rendszeres fogyasztásának a szexuális egészségre gyakorolt hatásaival. Ezek eredményei arról árulkodnak, hogy a szexuális zavarok feltérképezésében az internetes pornófogyasztási szokások diagnosztikus értéke jelentős, hiszen közöttük számottevően nagyobb azoknak a személyeknek az aránya, akik erektilis diszfunkcióban szenvednek, vagy a partnerük iránt

---

<sup>144</sup> Wienke C.: *Male Sexuality, Medicalization and the Marketing of Cialis and Levitra*. *Sexuality & Culture*, (9) 4, 2005, 31. o.

<sup>145</sup> Carpiano R.: *Passive Medicalization: The case of Viagra and Erectile Dysfunction*. *Sociological Spectrum*, 21, 2001, 441-450. idézi Wienke, 2005, 34. o.



érzett vágy csökkenéséről számolnak be az online tartalmak túlzott fogyasztása miatt.<sup>146</sup> Ezekben az esetekben a Viagra csak tüneti és nem oki terápia lehet.

A Viagra magával hozta a lehetőségét a szexuális élet feletti technicizált kontrollgyakorlásnak is, amely az androcentrikus értékek kielégítését is elősegíti. A Viagra az autonómia és önbizalom kék pirulája vált, melyre azokban a kultúrákban, ahol a hatalom birtoklása nem csak érték, de egyben interperszonális és társadalmi elvárás is, érthető okokból támaszkodik az egzisztenciális kihívásokkal küzdő férfiak egy része. A maszkulin identitás normalizációjának és interiorizációjának során nagymértékben befolyásol a minket körülvevő világ tapasztalata, a tárgyi környezetet, interperszonális kapcsolatainkat is beleértve. A szubjektum mint társadalmi konstruktum formációjában nagy szerep jut annak, amit Cecilia Asberg és Ericka Johnson *társadalmi fantáziaként* (*socail phantasy*) nevesítenek. A fogalom azt a dinamikusan változó önteremtő folyamatot írja körül, melyben a tárgyi világ számunkra megjelenik, és ahogyan a társas kapcsolatainkat tapasztaljuk. A skandináv szerzőpáros a Viagrának a svéd társadalomra gyakorolt hatásait elemezte abból a célból, hogy hermeneutikai nézőpontból felülvizsgálják az általuk csak „Viagra-maszkulinitásnak” nevezett svéd társadalmi fantáziákat.

Tanulmányuk egyik meghatározó eleme a naturalizáció (*naturalization*) kulturális-ideológiai folyamata, mely téziséük szerint lényeges iránypont a XX. század szexualitással kapcsolatos sztereotípusainak megragadásához. Bár paradox módon gyógyszerről van szó, de a Viagra naturalizáló szerepe mégis meghatározó, hiszen a férfi *természetéből* fakadó kortalan normává tette az erekciónak a behatolási cél-okságra egyszerűsített funkcióját.<sup>147</sup> A Viagra naturalizáló normatívája látszólag csak deskriptív céllal határozta meg a szexuális funkciók és diszfunkciók diskurzusát, abból a célból, hogy értéksemlegesen elkülöníthessük az egészséges és beteg férfiakat. Ez azonban a leírásoknak rögtön preskriptív többletjelentést is adott.<sup>148</sup> A Viagra az erektilis diszfunkcióról szóló naturalizáló diskurzussal egyben az életreszóló szexuális aktivitás normalizációját is elvégezte. Ez annak fényében magától értetődő, ha figyelembe vesszük a gyógyszer által megkreált maszkulin szubjektumnak otthont adó kontextust, vagyis a sikeres öregedés értékrendjét. Ezt első látásra értékelhetjük az autonómia

---

<sup>146</sup> Park B. Y., Wilson G., Berger J. et al.: *Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports*. Behavioral sciences (Basel, Switzerland). (3) 6, 2016, 17. o.

<sup>147</sup> Asberg C., Johnson E.: *Viagra Selfhood. Pharmaceutical Advertising and the Visual Formations of Swedish Masculinity*. In Johnson E., Sjörgen E., Asberg C. (szerk.): *Glocal Pharma: International Brands and the Imagination of Local Masculinity*. New York, Routledge, 2016, 88-98. o.

<sup>148</sup> Asberg-Johnson, 2009. 91. o.

meghosszabbításának eszközeként, hiszen a gyógyszer által kiváltott hatás átmenetileg elhomályosítja a férfi-értékek természetes megjelenését akadályozó komorbid állapotoknak testi és pszichés tüneteit. További pozitívum lehetne, hogy a készítmény reflektorfénybe helyezhetné a férfi értékek múlandóságának sajátosságát is. Ez egzisztenciális értelemben igen fontos lehetőség, hiszen elősegíthetné, hogy a férfiak saját öregedésükkel, egyben végességükkel is értelemadóan szembenézzenek.

A Viagra piaci múltját tekintve fontos részmegállapítást tehetünk. A gyógyszer ellentmondásos ontológiai státusza, amely tehát egyszerre hirdette az öregedés technika által elérhető legyőzését, és a szubjektum halálát is, filozófiai értelemben meglehetősen károsnak bizonyult. Sokkal inkább kedvezett az erektilis diszfunkció medikalizációjának kiépülésének, semmint hogy elősegítette volna a végességével egészségesnek mondható viszonyt kiépítő társadalmak létrejöttét.

A Viagra által bejárt út a farmakolizáció iskolapéldája. Marketingje szinte teljes mértékig átalakult bő húszéves piaci szereplése óta. Ezt az átalakulást Asberg a termék célpopulációjának megváltozásával szemlélteti. A célcsoport a kezdetekben szinte kizárólag az idősebb, súlyosabb orvosi problémákkal küzdő férfiakra korlátozódott, ám a Pfizer gyógyszercég rövid idő elteltével a hétköznapi, harmincas éveiben járó személyeket kezdte el megcélozni. Az úgynevezett „*direct-to-consumer*” hirdetések elterjedésével a vállalat is lehetőséget kapott a célzott populáció nem hagyományos felületeken (orvosi rendelők plakátjain) történő megszólítására. Ezáltal a Viagra reklámok lépten-nyomon a férfiak látóterébe kerültek óriásplakátokon, a nyomtatott sajtótermékekben és a televízióban. Kis idő múlva a populáris kultúra részeként rendszeresen tematizálta a mozifilmeket, televíziós műsorokat, vicceket és híradásokat is. A Viagra tehát extrém rövid idő alatt igazi „*life-style-drug*” lett.<sup>149</sup> A termék körüli hírverést, a gyógyszereszedési szokások normalizációját egy tökéletesen felépített marketing-gépezet fűtötte, mely elsőként az 1996. évi amerikai elnökválasztásban részt vevő Bob Dole szenátor szereplésével váltott ki hatalmas és igen kedvező társadalmi visszhangot. A bő egyperces reklámban az akkor 75 éves politikus *vallott* a prosztata daganata következtében kialakult erektilis diszfunkciójáról, amelyben kiemelte a Pfizer által éppen piacra bocsájtott gyógyszer hatékonyságát. Csupán öt évvel később, 2001-ben a képernyőkön már egy hatalmas Viagra-logókkal felmatricázott NASCAR versenyautó robogott be a háztartásokba, amelynek pilótája, az akkor 42 éves (!) Mark Martin,

---

<sup>149</sup> A fogalom azokat a készítményeket hivatott leírni, amelyek a jó biopszichoszociális állapotban lévő egyének életminőségének megkönnyítését célozzák azáltal, hogy kevésbé súlyos állapotokat kontrollálnak.

bukósisakját levéve frappánsan csak annyit kérdezett „Bob Dole-ra számítottatok?!”. Az üzenet egyértelmű volt: *a Pfizer a kezdeti reklámpolitikáját meghaladva, kitágítva az életkori célcsoportját az egész, szexuálisan aktív amerikai populációt megszólította.* Piaci részesedéseivel összhangban exponenciálisan emelkedett média megjelenéseinek száma is. A futball-legenda, Pelé és az akkoriban nagy népszerűségnek örvendő amerikai színész, Charlie Sheen, vagy akár az andro-és fallocentrikus kultúra egyik archetípusa, a Playboy birodalom tulajdonosa, Hugh Hefner is tett arra utaló kijelentéseket, hogy ők is Viagra-felhasználók.

Roman Meinhold a *The Philosophy of Viagra: Bioethical Responses to the Viagrafication of the Modern World* című kötetében a Pfizer gyógyszercég marketingstratégiáját a medikalizáció patogenizáló (*pathogenization*) aspektusán keresztül értékelte. Tézise szerint a *lifestyle*-gyógyszerek sikere részben egy jól felépített reklámgépezetnek köszönhető, melynek egyik mozgatója a magyar nyelvre nehezen lefordítható „*comparative melioration*”, vagyis a komparatív melioráció fogalma. Ez a terminus azt a folyamatot írja le, amelynek során tudatosan felhívják a fogyasztók figyelmét egy tetszőleges állapotuknak fejleszthetőségére azáltal, hogy megvilágítják egy rájuk hasonlító másik egyénnek az övéknél jobb állapotát. Mit is jelent ez a gyakorlatban? Látnunk kell, hogy a szomszéd haja dúsabb, arca kevésbé ráncos és ha ez nem lenne elég, még az autója is újabb, nagyobb a háza és a felesége is jobban illeszkedik a XX-XXI. századi szépségtrendekhez. A másik ember mint a szubjektumot aktivizáló referenciapont a patologizációnak és szomatizációnak egyik jól működő eszköze. Röviden összefoglalva: egy életjelenséget –gyakran egy gazdasági háttérszereplő érdekeltségével – diszfunkcionálisnak, egészségtelennek, egyszerűen patologikusnak írnak le azáltal, hogy egyben kijelölik az új normát is.<sup>150</sup> Meinhold szemléltetésképpen a Viagra honlapjáról vett szószerinti idézetekkel demonstrálja, hogyan kombinálható nagy sikerrel a patologizáció és a komparatív meliorizáció, melyet saját fordításban idézek:

„A 40 évesnél idősebb férfiak több mint fele számol be az erekció elérésével és megtartásával kapcsolatos problémáiról (*tényleírás-diskurzus racionalizációja*), amely egy valódi orvosi

---

<sup>150</sup> Meinhold R.: *Comparative Melioration and Pathological Pathogenization in Viagra Marketing*. In Botz-Bornstein T. (szerk.): *The Philosophy of Viagra: Bioethical Responses to the Viagrafication of the Modern World*. Rodopi, Amsterdam – New York, 2011, 179-180. o.

probléma (*patologizáció*), ugyanakkor a legtöbb esetben a keményebb és tovább tartó erekció (*komparatív meliorizáció*) a Viagra használatával elérhető.”<sup>151</sup>

Az üzenet egyértelmű: hiába vagy képes az erekció létesítésére, ha az lehet keményebb és hosszabb ideig fennálló. A Meinhold által használt meliorizáció (*melior* „jobb”, „jó”) fogalom szándékosan a földművelés területéről vett példa, amely hagyományosan a talaj minőségének javítására vonatkozott. A szerző is ilyen párhuzam szerint használja a terminust, ezzel reflektálva arra a modernkori koncepcióra, amely szerint a természet részét képező ember, akárcsak a bevethető szántóföldek, művelhetők bizonyos eszközökkel. Bár a terminus nem tekinthető az antropológiai, vagy filozófiai irodalomban egyedülállónak, ennek ellenére ide tartozik minden olyan az emberi individuum, vagy technológia, mely a faj fejlődését és fokozását (*enhancement*) célozza, amely egy adott történelmi korban rendelkezésre állt. A Viagra még a visszafogottabb eszközök közé tartozik, tekintve, hogy a Human Genom Project által megkezdett úton 2018-ban a kínai biofizikus kutató, He Jiankui HIV-vírussal szembeni rezisztencia céljából *in vitro* körülmények között génmódosított utódokat ültetett vissza a petesejtet adó asszony méhébe. A biotechnológia által az emberi fajhoz tartozó személyeknek a biológiai meliorizáció nem csak az egyén, de következő generációk, vagy akár a konkrét faj jövőjét is megpecsételheti, így kétség sem férhet az eljárásokra érkező ösztudományos reflexió indokoltságához.

A Viagra marketingje olyan alapvető maszkulinitáshoz fűződő értékeket tesz próbára, amelyek nélkül a férfi önértékelése és szubsztanciája az adott korban nem lehetett teljes. A Pfizer gyógyszercég a medikalizáció egy igazán jól dekódolható stratégiáját hívja elő, hiszen megteremtette a férfiak számára kíváncsatos orientációs irányt, kijelölve a gyógyszer használatával elérhető értékeket. Meinhold ezeket meta-javaknak (*meta-goods*) nevezi, amelyek definíciószerűleg olyan egzisztenciálisan, intellektuálisan, pszichológiailag, érzelmileg, társadalmilag és spirituálisan fontos értékek és szimbólumokat jelentenek, melyek bizonyos termékek és szolgáltatások *immateriális* melléktermékei. A meta-javak a fogyasztói tevékenység során látszólagosan felruházzák a fogyasztókat. Melyek a Viagra birtoklásával együttjáró meta-javak? A jobb szexuális élet, a jobb önbecsülés, a fiatalság, a férfiasság, melyek együttvéve *a jobb élet érzetét és látszatát* teremtik meg.<sup>152</sup> A látszat megteremtése

---

<sup>151</sup> Ibid. 180. o.

<sup>152</sup> Ibid. 181. o.

pedig épp olyan fontos, mint az egyén közérteztének javítása, hiszen a Viagra-fogyasztó egyén egyben valaki szomszédja is, így a fogyasztói kultúra kauzális láncolatának lényegi eleme.

A Viagra marketingstratégiájának az erektilis diszfunkcióban játszott szerepe még egyértelműbb, ha figyelembe vesszük a reklámkampányok nemzetspecifikus törekvéseit. Asberg kiemeli, hogy egyes gyógyszergyárak internetes megjelenésének üzenetértékét nem lehet alábecsülni. A szerzők hivatkozik a Benedict Anderson által használt antropológiai konstruktivista nemzet-koncepciójára, amelyet ő „elképzelt közösségek” (*imagined communities*) címen használt. Ennek tézise, hogy jó eséllyel valószínűsíthető, hogy egy befolyásos gazdasági szereplő által kialakított férfi-kép az egyes társadalmak önmeghatározását is kollektívan (nemzet-specifikusan) befolyásolja. 2003 nyarán Svédországban a Pfizer egy nyilvános közvéleménykutatást kezdeményezett a „férfias férfi” (*manly man*) karakterisztikájának leképezésére, amit aztán reklámkampányában tudatosan felhasznált. Az Asberg által hivatkozott tíz pontból álló listát a szemléletesség kedvéért közlöm:

1. *„Gyakorlatias és ügyes (jó kézügyességű)*
2. *Jó képességű*
3. *Jól fizetett állású*
4. *Vonzó partnere legyen*
5. *Fitt és izmos teste legyen*
6. *Vonzó külseje legyen*
7. *Érdeklődjön a sportok iránt*
8. *Mindig készen álljon a szexre*
9. *Legyenek műszaki cikkei*
10. *Legyen menő autója”<sup>153</sup>*

Bár a svéd „Viagra-man” magyar mintáját nem tudjuk leképezni, hiszen a vényköteles gyógyszerek reklámozása Magyarországon törvényi akadályba ütközik, ugyanakkor a férfiassághoz társuló univerzális erények meglehetősen hasonlóságokat mutatnak azokban az országokban, ahol a gyógyszergyárak működését szabályozó környezet kevésbé szigorú. Az

---

<sup>153</sup> Asberg-Johnson, 2009, 92. o.

online marketing elemzésének konklúziója tehát az, hogy a gyógyszerceg szisztematikusan felépítette a „normális” férfi képét, melynek legfőbb jellegzetessége, hogy középkorú, felső-középosztályhoz tartozó, természetes kinézetű, heteroszexuális, sok esetben valamilyen természeti környezetben megfigyelhető, valamint egészséges testi adottságokkal bír.<sup>154</sup> A Viagra üzenete nem kevesebb, mint hogy az a személy, aki bár rendelkezik a kampányban megjelenített tulajdonságokkal, de potenciaproblémái vannak, nem részesedik teljes mértékig a férfiaság erényeiből, *eo ipso* tökéletlen. Asberg a naturalizáció paradoxonját a reklámszövegekben is azonosítja, hiszen a gyógyszer igen összetett biokémiai segítséggel ígéri a „férfi természet” helyreállítását annak érdekében, hogy a „természet végezhesse a dolgát.” A Viagra minden főbb tulajdonságát összevetve tehát egy a *gender-studies* számára is értékes jelenséggé értelmezhető, amely vizuális és írásos eszközökkel tovább erősítette a patriarchális társadalmak klasszikus androcentrikus értékeit. *A férfiaság szimbolikus értelme a teljesértékű szexuális élet, amelynek elválaszthatatlan eleme lett a heteroszexuális kapcsolatokban megvalósuló behatolással együtt járó és élethosszig tartó nemi élet.*<sup>155</sup> A Viagra körül kialakult közbeszédből és tudományos diskurzusból csak egy valami hiányzik: a nő maga, ezért az erektilis diszfunkció evolúcióját tekinthetjük az androcentrizmus esettanulmányának is.<sup>156</sup>

A meliorizáció mint törekvés valami minőségileg jobbra (életminőségre, egészségre, lakhatásra, stb.) áthatja az egész filozófiatörténetet. A német filozófus és szociológus, Georg Simmel, az élet értelmét a tökéletesedésért vívott küzdelemként írta le, melynek meghatározó eleme a társas hajlam. Utóbbinak nélkülözhetetlen része, hogy a társas érintkezés következtében magunkat másokhoz mérjük, vagyis szociális interakcióink minden esetben komparatív attitűddel is rendelkeznek. Ahogy Meinhold kiemeli, az egyén kapcsolatai által folyamatosan transzcendálja önmagát, amely tehát az ember esszenciális attribútuma. A reklám nem tesz mást, mint vizualizálja az ember jelleméből következő meta-javak (egészség, gyorsaság, szellemi frissesség, stb.) elérését segítő eszközt, amely szükségszerűen tehát nem csak deskriptív, hanem preskriptív töltettel is rendelkezik, hiszen a teljesítménynyfokozást és bizonyos hibáink helyreállítását is normalizálja.<sup>157</sup>

---

<sup>154</sup> Ibid. 97-98. o.

<sup>155</sup> Ibid. 97-98. o.

<sup>156</sup> A nők szexuális diszfunkciójának medikalizációja kapcsán a Viagra és a nők kapcsolatát részletesen elemzem.

<sup>157</sup> Meinhold, 2011, 183. o.

Ahogy arra fentebb utaltam, a Viagra tömegtájékoztatóiban mindig is hangsúlyozta az erektilis diszfunkció problémájának *genuin* orvos-biológiai gyökerét, ezáltal a zavar hátterében meghúzódó okok multifaktorális dimenzióját nem nyomatékosítja megfelelően. Nem hangsúlyozza az állapot kialakulásának non-lineáris, egy szervi elégtelenségre nem lerendukálható jellegét. A tömegtájékoztató szövegekben ehelyett nagyobb hangsúlyt fektetnek az állapot egyszerű és gyors gyógyszeres kezelhetőségére.

Az információtechnológia fejlődésével egyre szélesebb tömegek számára hozzáférhető a természettudományos tudástár, beleértve a közérthető elektronikus, egészségügyi (prevenciós, allopatikus, stb.) tájékoztató kiadványokat is. A ma élők morális kötelességét is az ellenőrzött információkhoz való gyors hozzáférés lehetőségének tükrében értelmezhetjük. A következőkben ennek kifejtéséhez segítségül hívom Nikolas Rose „*biological citizenship*” koncepcióját, mely fogalmat a továbbiakban *biológiai polgársággént* használok.

A polgárság (*citizenship*) koncepciók az 1950-es évektől kezdve újabbnál újabb kísérletekkel színesedtek. Ezek eredetileg a nemzethez tartozás érzetét próbálták megalapozni, gyakran csak politikai ideológiák részeként. A korunkban történő munkavállalási és lakhatási szokások megváltozásával ezt kiegészítve megjelenhettek a polgári közösség-koncepciók internacionális, vagy még inkább extra-nacionális definíciós kísérletei is, amelyek szükségszerűen meghaladták a születési helyből, az etnikumból, vagy éppen a vallási-hovatartozásból gyökerező identitásképző attribútumokat.<sup>158</sup> Rose értelmezésében a biológiai polgárság egy elsősorban deskriptív gyűjtőfogalom, amely magában foglalja mindazon polgárság-koncepciókat, melyek hátterében az egyének, családok, közösségek, populációk, rasszok, és mint faj vonatkozásában a biológiai létezésből fakadó sajátosságok meghatározóak. A biológiai komponensek identitásformáló ereje mellett a szerző kitér a tudás hozzáférhetőségéből következő felelősségre is, amely egyrészt testi (*corporeal*), másrészt genetikai természetű. Utóbbihoz tartozik a genetikai információszerzésen és interpretáción alapuló felelősség (*genetic-prudence*) fogalma is, amely bár hallatlanul izgalmas irányvonalát képezheti a biomedicina és az etika kapcsolódásának (többek között az egyre olcsóbbá váló genomszekvenálási eljárások felhasználásának erkölcsi kérdései által), ez azonban meghaladja a dolgozat tartalmi kereteit. Az erkölcsi felelősség kérdése mindazonáltal annak testi vonatkozásában hozzákapcsolódik az erektilis diszfunkció medikalizációjához azáltal, hogy a társadalom és bizonyos gazdasági érdekeltségű piaci szereplők a fentebb leírt módokon

---

<sup>158</sup> Rose N., Novas C: *Biological Citizenship*. In: A. Ong A., Collier S. J. (szerk.): *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Blackwell Publishing, 2005, 439–463. o.

kialakíthatták azt a férfi ideált, akiért az egyénnek erőfeszítést *kell* tennie. Kialakulhatott tehát korunknak a Meinhold által a komparatív meliorizáció imperatívuszaként definiált etikai normája, mely orvosbiológiai eszköztárával a szexualitásnak forradalmasítója lett az elmúlt 25 évben.

Nem gondolhatjuk azonban, hogy a Viagra sikere csak és kizárólag az élelmes marketing szakembereknek köszönhető. Ahogy azt fentebb kifejtettem, az ember természetéből fakadóan fogékony azon technológiák iránt, amelyektől az egyén kontrollérzetének kiterjesztése várható. A *The medicalization of Society* című könyvében Peter Conrad is számos példával illusztrálja, hogy a Viagra hatóanyaga, a szildenafil előtt a gyógyszercégek tesztoszteron hormonra támaszkodó stratégiája a Pfizer programjához hasonlóképpen a férfi ivarszervek normális és abnormális működését definiálva építették fel a teljesértékű (egészséges) és beteg férfiképet. Az ideális és alulműködő típusok körülhatárolásának hátterében Conrad a profit növelésének célját feltételezi. A XX. század első felében a *hypogandizmus* (a tesztoszteron termelésének diszfunkciója) és az *alulműködő szexualitás* terápiáját hirdette három gyógyszercég is: a Schering, az Oreton és a Ciba. Conrad ugyanakkor kiemeli, hogy mivel a potencia-problémákkal küzdő férfiak nem váltották be a gyógyszercégek profittal kapcsolatos elvárásait, így a megszólított populáció kiterjesztése is szükségessé vált, akárcsak ahogy azt a Viagra farmkolizációjának evolúcióján keresztül bemutattam. Ezt alátámasztja például az 1920-as és 1930-as években használt *Orchotine* nevű készítmény, ami egészen bámulatos módon kísérelte meg a férfiak öregedésével együttjáró, igazán széles spektrumon elterülő jelenségek medikalizációját. A gyógyszer hirdetésében az alábbi szalagcím szerepelt: *a „Férfiakat érintő Mentális és Testi Hatékonyságcsökkenés Modern Terápiája”*<sup>159</sup>

Rövidesen mellett érvelünk, hogy a gyógyszer széleskörű népszerűsítésének a következményeként a Viagra teljesítményfokozó (*enhancement*) technológiaként is jellemezhető. Az *enhancement*-technológiáknak a dolgozatnak ezen a pontján a *The Hastings Center* kiváló bioetikusának, Erik Parens-nek értelmezésében használjuk. E szerint *enhancement-technológiák azok az orvosbiológiai beavatkozások, amelyek az emberi természetnek, vagy egyes funkcióinak a megőrzésén, vagy helyreállításán túl mutatnak.*<sup>160</sup> Conrad kiemeli, hogy mind az Egyesült Államokban, mind Angliában jogi szabályozással igyekeztek a gyógyszer kozmetikai, vagy „*life-style-drug*” jellegű felhasználását korlátozni.

---

<sup>159</sup> Conrad, 2007, 29. o. eredeti: „The Modern Treatment of Mental and Physical Sub Efficacy for Men”

<sup>160</sup> Parens E.: *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Washington, Georgetown University Press, 1998.



Erre kiváló példa az ezredforduló Egyesült Királysága, ahol a Viagra receptjét csak és kizárólag olyan szexuális diszfunkciók esetén lehetett felírni, amelynek hátterében organikus okok álltak (pl. diabétesz, prosztata daganat, vese-elégtelenség stb.)<sup>161</sup> A keresleti oldalról ennek ellenére óriási igény mutatkozott a gyógyszer alkalmazására, ami a szigorú receptfelírási protokoll miatt kedvezett a készítmény internetes, sokszor kétes eredetű honlapokon folytatott kereskedelmének. A gyógyszerek vonatkozásában az illegalitás és a hamisítvány fogalmai gyakran egymásból következnek. A WHO becslése szerint 2006-ban a gyógyszerforgalom nagyjából 10%-át hamisítványok tették ki, amely hozzávetőleg 75 és 200 milliárd dolláros pénzforgalmat generált.<sup>162</sup> Az Egyesült Államokból származó egyik viszonylag friss, 2012-ben készült tanulmány szerint a kutatásban vizsgált online üzemelő gyógyszertárak 90%-a szerepeltette kínálatában a Viagrát. Ezek kézbesítéséhez egyetlen esetben sem kértek a rendelést megelőzőleg a receptet, és az orvosi kivizsgálás sem volt ennek előfeltétele. Végül a rendelt termékek mindösszesen 18%-a volt ténylegesen eredeti.<sup>163</sup> A szildenafil tartalmú készítmények piacának átalakulása a Viagra hatóanyag-monopóliumának lejárta utána a fogyasztókra nézve soha nem látott veszélyeket eredményezett, tekintettel a számos új generikus készítmény megjelenésére, amelyeknek forrásbiztonsága fogyasztóvédelmi aggályokat vet fel a Viagrához hasonló számos hamisítvány miatt.

Az utóbbi bekezdésekben amellet érvelnünk, hogy súlyos megbízhatósági kérdéseket vet fel az erektilis diszfunkció definíciós spektrumának kiszélesedése, akárcsak a gyógyszer társadalmi megítélésének befolyásolása a piaci részesedés fokozásának érdekében. Mint láthattuk, a készítmény néhány év leforgása alatt eltávolodott a kezdeti intenciójától, vagyis hogy az erekciós problémákkal első sorban organikus okok miatt küzdő férfiaknak nyújtson relatíve biztonságos gyógyszeres segítséget. Az előzőekben rámutattam továbbá arra, hogy (1) az androcentrikus erények felértékelődéséből, (2) a férfiak öregedésének szomatizációjából, (3) a penetráció-fókuszú szexuális aktusok normalizációjából és (4) „sex-for-life” kultúra népszerűsödéséből kifolyólag a nyugati országokban mára tömegek számára vált elfogadottá a sildenafil felhasználása a modern férfiideál elérésének kiegészítőjeként.

---

<sup>161</sup> Conrad, 2007, 42. o.

<sup>162</sup> Chiang J., Yafi F. A. et al.: *The Dangers of Sexual Enhancement Supplements and Counterfeit Drugs to "Treat" Erectile Dysfunction*. Translational Andrology and Urology, (1) 6, 2017. 12–19. o.

<sup>163</sup> Campbell N., Clark J. P., Stecher V. J., et al: *Internet-Ordered Viagra (Sildenafil Citrate) is Rarely Genuine*. J Sex Med, 9, 2012, 2943-51. o. idézi Chiang et al., 2017, 2943. o.

## 6.1. A Viagra és az erkölcsi felelősség

A következőkben a farmakolizáció teljesítményfokozásra sarkalló (*enhancement*) aspektusát is érdemesnek tartom a Viagra kontextusában értelmezni. Az előzőekben több szerzőt megidézve amellet érveltem, hogy az ember antropológiai alapsajátossága a tökéletességre törekvés. A filozófiatörténetben számos példát felhozhatunk a perfekcionizmus különféle módozatait életcélként megformáló politikafilozófiai és etikai elméletekre, sőt, a normatív etikai elméletek is alapvetően teleológiai meghatározottságúak. A következőkben szeretném megidézni azokat a tényezőket, amelyek meglátásom szerint a Viagra-nak, mint a biomedikális teljesítményfokozás (*biomedical enhancement*) férfi-specifikus eszközének morálfilozófiai alapját szolgáltatják.

Elsőként járjuk körül, mit jelent erkölcsi értelemben véve a „perfekcionizmus”. A *Stanford Dictionary „Perfectionism in Moral and Political Philosophy”* című szócikkében található definíció szerint a terminus azon etikai elméletek gyűjtőfogalma, melyek az ember értékét az emberi természet fejlődésére irányuló vágyból kiindulva vezetik le. Többek között Arisztotelész, Aquinói Szent Tamás, Spinoza, vagy a kontinentális gondolkodó T.H. Green filozófiája is magán hordozza az erkölcsi perfekcionizmus értékelméleti sajátosságait.<sup>164</sup> Mit is jelent a perfekcionizmus az élet értékességének vonatkozásában? Tekinthejtük úgy, hogy a tökéletes emberi élet az, amely az egyén megítélése alapján az ő számára a legjobb. Ez azonban nem más, mint a hedonizmus alapkonceptiója, mely erkölcsi értelemben ugyan ad objektív fogódzókat, de az úgynevezett „non-humanisztikus perfekcionizmussal” kapcsolatos alapvető elvárásokat nem elégíthetik ki. Egy hedonista tett szubjektív erkölcsi értéke a cselekvő számára lehet *kellemes*, azonban a perfekcionista értékek nem esnek szükségszerűen egybe ezekkel a mentális állapotokkal. (Például sok tanulás és munkaóra árán a nyári melegben megírni a PhD disszertációt a szövegszerkesztési folyamat közben sokszor nem kellemes, ugyanakkor mint önfejlesztési folyamat az író reményei szerint az elme tökéletesedéséhez vezet.)

Számos szerző, köztük John Rawls is elvonatkoztat értékelméletében a perfekcionizmusnak a fejlesztő attribútumától, ezáltal megalapozza az általános értékeket konceptualizáló „objektív értékű perfekcionizmust” (*objective good perfectionism*) az emberi tökéletesedésre építő „emberi természeti perfekcionizmussal” (*human nature perfectionism*)

---

<sup>164</sup> Wall S.: *Perfectionism in Moral and Political Philosophy*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition), Zalta N. E. (szerk.)

szemben. A medikalizáció *enhancement* vonulatának vonatkozásában a perfekcionista értékelméletek emberi természettel összefüggésben álló jellegzetességeire kell koncentrálnunk. Bár Thomas Hurka kiemeli, hogy az „emberi természeti perfekcionizmust” propagáló szerzők különösen nehéz helyzetben vannak amiatt, mert definíciós kényszert szül az emberi természet központi értékeinek meghatározása, a biotechnológia korában kézenfekvőek az egészség-centrikus érték meghatározások.<sup>165</sup> A *Stanford Dictionary* szócikkében felmerülő értékelméleti monizmus *versus* pluralizmus vitát a medikalizációs és demedikalizációs folyamatok vízválasztójaként kell megragadnunk. Ezért a következőkben amellet fogok érvelni, *hogy a medikalizáció biotechnológiai redukcionizmusa, nem csak az ember bio-pszicho-szociális, holisztikus megközelítését egyszerűsíti le annak bio-fiziológiai dimenziójára, de ezzel egy ütemben az emberi élet axiológiai aspektusában is egyfajta monista perfekcionizmust propagál.*

Tekintsük át, mit is jelent a medikalizáció vonatkozásában az emberi tökéletesedés. Létezik egy bizonyos létmód, amely mindenek felett áll? Ennek elérése egyéni, vagy inkább faji érdek? Lehetséges, hogy az emberi élet legjobbika teret enged több egymás mellett megférő idealisztikus életnek is? Vannak olyan eszközök, amelyek a tökéletesedést jobban elősegítik, mint mások? Van-e ezek között olyan, amely univerzálisnak mondható?

Kiindulásként le kell szögeznünk, hogy koncepcióm szerint a perfekcionista erények és a pluralizmus egymással összeférnek, vagyis a „monista perfekcionizmus” ellen fogok érvelni. Álláspontom szerint vannak olyan értékek, amelyek azonos mértékben, vagy legalábbis egymással kombinálva hozzájárulnak az ideális, vagy annak gondolt élet eléréséhez. A következőkben egyúttal arra is törekszem, hogy bebizonyítsam, hogy az erektilis diszfunkció patológizációját egyfajta monista perfekcionista értékelmélet részeként értékelhetjük, amely nem hagy teret a pluralista értékelméleti megközelítésnek. Ennek legalapvetőbb oka, hogy amint azt az erektilis diszfunkció példáján is láttuk, az intimitásnak, vagy a szexualitásnak a spektrumának szűkítése a behatolás-fókuszú szexuális teljesítményelvárás maga után vonzotta a férfiasság potencia-központú értékpriorizálását is. Már nem az a cél, hogy az egyén alkalmazkodjon a megváltozott testi képességeit figyelembe véve a testi örömszerzés egyéb módusaihoz, amely egyúttal normalizálhatná a szexuális magatartások különféle formáit. Mivel mechanikus, gyógyszeres úton az erekciós kihívásokkal szembesülő férfiak teljesítménye kezelhető, a „tünetek megjelenésével” az egyén erkölcsi felelőssége eltolódik az

---

<sup>165</sup> Hurka T.: *Perfectionism*. New York, Oxford University Press, 1993. in Ibid.

ilyen technológiák alkalmazásáért vállalt felelősség irányába. Ahogy azt korábban hangsúlyoztam, az andropauza koncepcióját és az azt tápláló hanyatlás-narratívát megelőzően számos szöveg hangsúlyozta, hogy a fallikus képességek megváltozásának, vagy a behatolási képtelenségnek nem kell szükségszerűen az aktív szexuális életről való lemondáshoz vezetnie. Ez a felfogás jól demonstrálja az értékpluralizmus azon aspektusát, amely egy adott érték eléréséhez teret enged az egyén testi, lelki és szociális sajátosságaiból következő szubjektív eszközöknek. A Viagra monista értékdefiníciója ugyanakkor többek között a „Viagra-man koncepcióival” ezt egészen egyszerűen felszámolta, és az aktív szexuális élet újradefiniálásával normatív forradalmat hirdetett.

A férfiak szubjektív felelősségét felébresztve a Viagra tömegtájékoztatási eszközei első látásra a perfekcionista etika kantianus megközelítésére építenek, amely szerint a többi ember tökéletesedéséért nem, csak saját magunkért tartozunk felelősséggel. A szildenafil készítmények vizuális és írásos eszközei az elégedett, domináns és potens férfi képével és a „Viva Viagra” felszólításával észrevétlenül is az egyén kezébe adják a jó élet elérésének modern, panacea-szerű (vagyis az élet egészére nézve jótékony hatást gyakorló) eszközét, amelynek felhasználása a szükséges információ birtokában a férfi morális döntésén múlik. *Prima facie* tehát azt gondolhatjuk, hogy mivel a reklámok által megszólított férfi maga a cselekvő individuum, aki egyben a tökéletesedés alanya is lesz, ezért a gyógyszer használatának morális felelősség is erre az egyénre korlátozódik. Kínálkozik azonban egy további alternatíva, amely individuálisról elsősorban kitágíthatja az erkölcsi felelősség kontextusát interperszonális irányba. A Viagra esetében a marketing mindig társas, heteroszexuális interakcióként ábrázolta a szexuális örömszerzést. Ahogy Asberg kiemeli, a gyógyszercég az erektilis diszfunkció problémáját a gazdasági motor működtetéséhez szükséges ideáltípus ábrázolására támaszkodva a *heteroszexuális, társas kapcsolatban élő férfi modelljére építette fel*. A Viagra televíziós reklámjaiban azonban szinte kivétel nélkül megjelenítésre kerültek a szürke, izgalommentes életüket élő férfiak női partnerei is, akik a Viagra által önbizalmat szerzett férfi segítségével újra derűs, aktív, élvezetes életet élhetnek. Az erektilis diszfunkciót megtapasztaló férfi erkölcsi felelőssége ebből következően interperszonális, tehát nem csak a saját emberi természetének helyreállításáért, de társuk tökéletesedéséért is felelősséget kell vállalnia.<sup>166</sup> És *vica versa*, hiszen a mindent elárasztó reklámok forgatagában élő nők erkölcsi felelőssége az unalmas házasság tűzének felkorbácsolása érdekében köteles a társat a gyógyszer beszerzésére bátorítani.

---

<sup>166</sup> Ibid.

A *Stanford Dictionary* szócikke az önbecsülést fejlesztő értékeket pozitív és negatív kötelességekként csoportosítja. Az egyén negatív kötelessége például megóvnia magát bizonyos károsodásoktól, amelyek akadályozhatnák egy „jó élet” elérésében. Amennyiben eltekintünk a különféle pre-determinista erkölcsfilozófiai elméletektől, kijelenthetjük, hogy bár az ember élete kisebb-nagyobb mértékben bizonyosan függ az akarat hatókörén kívül eső eseményektől is, ugyanakkor mégis felelősséggel tartozik élete azon szegmensének jobbá tételéért, amelyre hatni tud. A Viagra marketingjében szereplő színészek és közszereplők is több ízben azt közvetítik, hogy a tabletta beszerzése és alkalmazása igazán nem igényel nagy erőfeszítéseket, így az átlagos felhasználón lévő pszichológiai és erkölcsi nyomás még erőteljesebb: hogyan hagyhatja valaki saját életének és párkapcsolatának degradálódását úgy, hogy a készítmény köbe vésett sikere oly’ könnyen elérhető, hogy szinte karnyújtásnyira van és relatíve olcsón hozzáférhető?

Bár eddig csak és kizárólag az erektilis diszfunkcióra épülő medikalizáció negatív hatásait összegeztük, érdemes azonban kiemelni, hogy a Viagra és a hozzá hasonló készítmények széles körű ismertsége hozzájárulhatott általában véve a szexualitásról, szűkebb értelemben véve pedig a nemi élet egyes akadályairól szóló társadalmi párbeszéd kialakulásához.<sup>167</sup> Ennek pozitív hozadéka, hogy az erektilis problémákkal élő férfiak stigmatizációja is nagymértékben csökkenhetett.<sup>168</sup> A potenciaproblémákról szóló nyílt párbeszéd eszközét árnyalnunk kell, hiszen ezt a jelenséget hiba lenne nem hozzákapcsolnunk Foucault hatalom elképzeléséhez, melyben a szexualitás által létrejött diszkurzív hatalom egyik stratégiája éppenséggel a „beszédre bujtogatás” volt. Mivel az impotencia medikalizációjának igen fontos impulzusa volt az élethosszig tartó szexuális élet megőrzésének normalizációja, ennek eléréséhez a szexről szóló köznyelvi szemérem feloldására kellett törekedni. A medikalizációnak tehát ebben az esetben sem volt más választása, mint szembeszegülni a represszivitással, és beszéltetni a társadalmat. A Viagra által közvetített üzenet mindezek tükrében egyszerűen összefoglalható. Nem kell félned beszélni a merevedési problémákról, sőt beszélj róla minél többet! Keresd fel az orvosodat, aki meg fogja hallgatni a vallomásod! Vedd meg a gyógyszert, amitől hosszan tartó és erős erekciód lesz! Légy boldog és tedd boldoggá a partneredet is! Nagy magabiztossággal mutasd ki mindenkinek, hogy teljes értékű életet élsz! Valósítsd meg önmagad a szexuális életed által! (És ne felejtsd el, hogy mindezt minek köszönheted és vannak éjjel-nappal nyitvatartó patikák is.)

---

<sup>167</sup> Conrad, 2007, 44. o.

<sup>168</sup> Wienke, 2005, 34. o.

2003-ban az Egyesült Államok ellenőrzési hivatala, a *Food and Drug Administration* engedélyezte a *tadalafil* gyógyszerhatóanyag tartalmú Cialis elnevezésű készítmény forgalmazását, amelynek a Viagra 4-5 órás felezési idejével szemben igazolt 17,5 órás teljesítménye lényegesen kedvezőbbnek bizonyult.<sup>169</sup> A piaci versenyt a *varденаfil* hatóanyagra építő Levitra 2005-ös piaci berobbanása még inkább kiélezte. A két új piaci szereplő marketing stratégiája a Viagrával való összehasonlításokra épített. Ezt igazolja, hogy például a Cialis csakhamar az úgynevezett „weekend pill” köznyelvi elnevezéssel büszkélkedhetett, tekintve, hogy hatása csaknem 36 órán keresztül fennállhat. A Levitra a gyors erekcióhatás kifejtésével próbált kitűnni, amely a Viagrára átlagosan jellemző 40-60 perces időigényével szemben mindösszesen 15 percet vett igénybe. Nem utolsó sorban mind a Cialis, mind a Levitra hangsúlyozta, hogy mellékhatás-spektrumuk szűkebb, valamint a Viagrával szemben nem szükséges a készítmény éhgyomri alkalmazására odafigyelni, ezáltal az intimitás kevésbé eltervezett, hétköznapi, spontán helyzetének igényeit is jobban kiszolgálják.<sup>170</sup>

Eltekintve a különféle terápiás lehetőségek hatásmechanizmusától, illetve azok specializációjától, a három legnépszerűbb gyógyszernek van egy igazán lényeges közös tulajdonsága. *Mindhárom készítmény képes a férfiak eredendő, természetes szexuális teljesítményének a fokozására is. A sildenafil, a tadalafil és a vardenafil ezáltal kettős természetű hatóanyagok: képesek a korrekcióra, de képesek a férfiasság eredendő határainak kiszélesítésére is.* A férfiak szexuális tulajdonságának diskurzusában megjelenő témák, mint az erekció erőteljessége, fennállásának ideje, a szexuális aktus létesítéséhez szükséges idő együttesen hozták létre a medikalizált férfi intim erényeit. Ezáltal rövid idő leforgása alatt a gyógyszergyári reklámokban, a médiában és a közbeszédben is kirajzolódott, majd normalizálódott a férfi-ideáltípusa: *aki bármikor, kevés fizikai és mentális ingerlés hatására is hosszantartó szexuális teljesítményt képes nyújtani.*<sup>171</sup> Ez az ideáltípus azonban a férfiaknak meglehetősen mechanisztikus képét adja. Tekintettel arra, hogy a XX. század második felétől jelentős társadalmi tömegek tagozódtak be a szexuális sokszínűség elfogadtatásáért vívott küzdelembe, szomorú feladatunk rámutatni arra az uniformizált, monista perfekcionizmust kommunikáló narratívára, amelyet a poszt-Viagra éra férfiképe sugároz.

---

<sup>169</sup> Bai W. J., Li H. J., Dai Y. T., et al.: *An Open-Label, Multicenter, Randomized, Crossover Study Comparing Sildenafil Citrate and Tadalafil for Treating Erectile Dysfunction in Chinese Men Naïve to Phosphodiesterase 5 Inhibitor Therapy*. Asian J Androl. (1) 17, 2015, 61-67. o.

<sup>170</sup> Wienke, 2005, 38. o.

<sup>171</sup> Wienke, 2005, 40. o.

## 6.2. John Gagnon és William Simon szexuális-szkript koncepciójának áttekintése

Foucault-val egy időben a szexualitás és hatalom kapcsolatát John Gagnon, és William Simon is részletesen vizsgálta szociológiai nézőpontból. Témaválasztásuk mellett közös bennük, hogy besorolhatóak a szexualitásról szóló diskurzust társadalmi konstrukcionista olvasatban elemző gondolkodók táborába. Eszerint bármi, amit a nemiség természetével kapcsolatosan állítunk az egyízben pszicho-szociálisan és kulturálisan is meghatározott lesz.<sup>172</sup> Ezáltal a Cialis és Levitra diskurzusában előforduló felvetés, miszerint a spontaneitás, vagy éppen a férfi hosszan elnyúló szexuális készenléti állapota a nemiség természetes velejárói lennének inkább tekinthetőek társadalmi-kulturális reprezentációknak és produktumoknak, és nem pedig a férfiak szexualitásának *a priori*, a szó szigorú értelmében vett természetes jellegzetességeinek. A szexuális magatartások között megfigyelhető különbségek megértéséhez Gagnon és Simon koncepciójához kell visszanyúlnunk, akik az 1970-es évek első felében dolgozták ki úgynevezett „szexuális szkript” (*sexual-script*) elméletüket.<sup>173</sup> A szexualitásnak mint kulturális fenoménnek a megragadása magán viseli a kultúrakutatásból jól ismert alaptéziseket. A jelenlegi fejezet és a disszertáció egészének vonatkozásában ezek közül a legfontosabb, hogy bár az emberek fiziológiai felépítése közel azonos, a nemiség axiológiai és normatív komponensei kultúra-specifikusak. Az egyén erkölcspszichológiai szocializációja során erre az úgynevezett forgatókönyvre, vagy szkriptre támaszkodva tanul, ez alapján formál ítéleteket és ezek felhasználásával ítélteik.<sup>174</sup>

Az egyes kultúrák szexuális szkriptjei összességében tehát nem csak kognitív szempontból, de morálisan is irányadóak. A szexuális hiperaktivitás, az andropauza, vagy éppen az erektilis diszfunkció mint különféle társadalmi diszkurzív stratégiák elemei, mindig egy adott társadalomnak a fegyelmező és jutalmazó mechanizmusait megalapozó értékek tükrében nyerik el jelentésüket. Ahogy Lukács Eszter kiemeli, a szexuális szkriptek lehetnek interperszonális, de akár közösségi jelentésadó folyamatok is. A nemiség területén diszfunkcióként interpretált jelenségek hátterében gyakorta megfigyelhetőek az olykor merevebb, konvencionálisabb szexuális szkriptek, amelyek az intimitásnak kulturálisan elfogadott spektrumát oly mértékben szűkítik, hogy végül az egyén értékpreferenciáival, vagy

---

<sup>172</sup> Gagnon J. H., Simon W.: *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Chicago, Aldine Press, 1973.

<sup>173</sup> Ibid.

<sup>174</sup> Lukács E.: *Jelentés a szexuális jelentésekről. A szexualitás zavarai-kognitív szempontból*. Magyar Pszichológiai Szemle, (1) 66, 2011, 110. o.

éppen fizikai teljesítőképességével nem lesznek szinkronban.<sup>175</sup> Az ilyen disszonancia interperszonális téren megfigyelhető hozadéka lehet a párkapcsolati elégedetlenség, de a társadalom egészét nézve valamilyen konkrét társadalmi-politikai-gazdasági érdekek miatt az olyan patologizáció is, amelyet az erektilis diszfunkció példáján, főként a gyógyszeres intervenciók térnyerése kapcsán, igazoltunk.

A partnerkapcsolatokban uralkodó társadalmi szkriptek kialakulása mögött, melynek során a kultúra egyes szexuális viselkedéseket deviáns, vagy patológikus, más magatartásokat pedig elfogadott, vagy egészséges jelzőkkel ruház fel, mindenképpen fel kell hívnunk a figyelmet (főként) a természettudományok ellenőrző és értékteremtő hatalmi mechanizmusaira. Jürgen Habermas-nak a neopozitivizmussal és a kritikai racionalizmussal kapcsolatban megfogalmazott kritikája jól szemlélteti a társadalom és természettudományok keveredésének, egyfajta „egységes tudomány” paradigmájának veszélyeit, amelyben a tény és létmegismerés közötti különbségének összemosódásának problematikája is előkerül. Felkai Gábor a Habermas eszmétörténeti hatását összefoglaló művében a pozitivizmus ideológiakritikájával összefüggésben kiemeli, hogy a Frankfurter Iskola első generációjával egyetértésben maga Habermas is nagy figyelmet szentelt a XX. század politikai-dogmatikai átrendeződésnek. Ez a modernkori átalakulás Habermasnál elsősorban az egyén politikai döntéshozatali lehetőségeinek vonatkozásában jelentős, ugyanakkor érdekes értékelméleti párhuzamot fedezhetünk fel, ha gondolatait hozzárokonítjuk a medikalizáció hatalomkritikájának olvasatához. Felkai Habermas alapján kiemeli, hogy a „gyakorlati-politikai kérdéseknek az el tudományosítására, s ennek folyományaképpen az ideológiáknak a technokrata tudat általi felváltására”<sup>176</sup> törekvő tudományfelfogás az egyén illetékességi körét megcsorbítva limitálja az egyébként róla szóló és őt érintő döntésekbe való aktív bevonódás lehetőségét. A passzivitás legfőbb magyarázata, hogy a különféle ügycsoportokban felmerülő kérdéseket technikai-pragmatikus kérdésekként határozzák meg.<sup>177</sup> Racionalizált diskurzusok alakulnak ki, öntené szavakba Marcuse, amely végső soron beszűkíti az egyén politikai aktivitását és általánosságban autonómiájának spektrumát is. Mit is jelent ez a szexuális diszfunkciók vonatkozásában? Nem kevesebbet, mint hogy *az egyén tapasztalati világára rásütik a megbízhatatlanság bélyegét*. Hiába éli meg intim együttléteinek gyönyörét és teljességét egy olyan pár, akik valamilyen okból kifolyólag nem a szexualitás androcentrikus, a poszt Viagra-éra által priorizált módját, tehát a behatolással járó aktust részesítik előnyben.

---

<sup>175</sup> Ibid. 110. o.

<sup>176</sup> Felkai G.: *Jürgen Habermas*. Áron Kiadó, Budapest, 1993, 142. o.

<sup>177</sup> Ibid. 142. o.



A teljes megelégedettségük ellenére is a tudomány nevében az ő szerelmi életük diszfunkcionális, patológikus, abnormális, amennyiben az intimitásnak a normalizált formájától eltérő technika választása a férfi erekciójának minőségi problémájára visszavezethető.

Habermas ennek alapján támogatja azt a marcuse-i tézist, miszerint a kapitalista állam-berendezkedésű országokban a hatalom által gyakorolt fegyelmező és jutalmazó mechanizmusokat a technika és a tudomány kettőse alapozza meg, és ezeket mint új típusú uralmi eszközöket kell megragadnunk.<sup>178</sup> Ez a felismerés nem más, mint a medikalizációs szakirodalom axiómája, amely mint univerzálisnak mondható tézis oly meghatározó volt Michel Foucault munkájában is.

Habermas állításának további fontos része annak kiemelése, miszerint az empirikus természettudományok részvételével egy újfajta tudománykonceptió honosodott meg, amelynek legfőbb ismérve a tudomány céljait nem firtató, kritika-semleges attitűd. Az ilyen tudományok nem tesznek mást, mint hogy bizonyos ideológiák által elrendelt célokhoz igazítva megtervezik az annak eléréséhez leghatékonyabb módszereket és kijelölik az ehhez szükséges eszközparkot. Marcuse a pozitív társadalomfilozófiáról szóló elemzésében kiemeli, hogy elsőnek meg kell értenünk Comte-nak a társadalomelmélet konceptuális átalakulásának okairól tett állítását, miszerint a természettudományok és a társadalom is „tények többé-kevésbé meghatározott komplexuma”, amelyet ezáltal „többé-kevésbé általános törvények irányítanak.”<sup>179</sup> Comte pozitivista társadalomelmélete és a filozófiai elméletek közötti ellentétet Marcuse az alábbiak szerint foglalja össze: „a pozitív szociológiát a tények vizsgálata érdekli, nem pedig a transzcendentális illúziók, a hasznos tudás, nem pedig a tétlen szemlélődés, a bizonyosság, nem pedig a kétkedés és határozatlanság, a szervezés, nem pedig a tagadás és rombolás.”<sup>180</sup> A filozófia „deskriptív társadalomelmélettel” való helyettesítésének nyilvánvaló episztemológiai következménye az idealizmus, ezen belül is az ész speciális szerepéből fakadó szabadság eszméjének elutasítása. A pozitivista társadalomelmélet feladatát ehelyett a szociális és interperszonális kapcsolatokat irányító folyamatok azonosításában nyerte el, amelynek tanulmányozási módszerét az objektív törvényszerűségeken alapuló természettudományok, azon belül is a biológia szolgálták a legjobban. Az ész szerepének és az egyén autonómiájának leértékelődésével a metafizika

---

<sup>178</sup> Ibid. 142. o.

<sup>179</sup> Marcuse H.: *Ész és forradalom. Hegel és a társadalomelmélet keletkezése*. Gondolat Kiadó, Budapest, 1982. 387. o.

<sup>180</sup> Marcuse, 1982. 188. o.

pozitivisták megtagadása „annak elutasításával párosult, hogy az ember jogot formálhatna társadalmi intézményeinek átalakítására, újraszervezésére, racionális akaratának megfelelően.”<sup>181</sup> Marcuse gúnyosan „bölcshelyettesítésnek” nevezi a pozitívizmus által kivívott új társadalmi rendet. A tudományos és társadalmi rend összeolvadásával a társadalmi folyamatok ellenőrzése a megfelelő szakképzettséggel bíró tudományos szakemberek kezébe kerül, amely mint „intellektuális elit” Comte narratívája szerint fel kellene váltsa a dialektikus törvények filozófiai koncepcióját a pozitivisták rend eszméjével.<sup>182</sup>

Ez maga a pozitívizmus csapdája, állítja Habermas. Comte szerint a specializált életterületek szakértőin, vagyis a specializált képesítéssel rendelkező tudományos szakembereken kívül az egyén, mint laikus nem illetékes, ezáltal nem lehet döntési helyzetben. Ez a tudománypolitikai rend egy tengeralattjáró megtervezésének folyamatakor nyilvánvalóan elfogadható, ugyanakkor azonban a pozitívizmus tudományfelfogása a társadalom normatív és erkölcsi evolúcióját egyaránt negatívan befolyásolja.

Felkai fontos konklúziója, hogy a pozitivisták tudományfelfogás feltételezése a társadalomtudományok és természettudományok módszertani átjárhatóságáról alapjaiban véve elhibázott. Ez ugyanis lehetővé tenné a társadalmi folyamatoknak, ennek részeként pedig az emberi magatartásnak (ezen belül pedig a szexualitásnak) bizonyos jól körülhatárolt, ismétlődő szabályszerűségekre való visszavezetését, azonban a „társadalmi rendszerek történelmi életösszefüggésekben léteznek, nem tartoznak az olyan ismétlődő rendszerek közé, melyekről megalapozott tapasztalattudományos állítások tehetők.”<sup>183</sup>

A maszkulinitás értékeinek mesterséges, szisztematikus és tudományos rekonstrukciója az eddigiekben Marcuse és Habermas által kifejtett pozitívizmuskritikájának gyakorlati példája. Vagyis egy episztemológiai és normatív csapdahelyzet. Mint láttuk, a technológiai fejlődés magával hozta az értékaxiómáinkat veszélyeztető tendenciát, amellyel társadalmi kérdéseket is hajlamosak lettünk pusztán tudományos-technikai kérdésekként értelmezni. Habermas is, akárcsak Marcuse, kiemeli, hogy ezek a specializált technikai köntösbe bújtatott diskurzusok elősegítik, hogy az egyén politikai-társadalmi szerepvállalása minimálisra csökkenjen. Ez a

---

<sup>181</sup> Ibid. 391. o.

<sup>182</sup> Ibid. 397-398. o.

<sup>183</sup> Habermas J.: *Egy pozitivisták módra kettéosztott racionalizmus ellen*. 453. o. idézi Felkai, 1993, 150. o.

technokrata folyamat mindent összegezve nem más, mint egy új, mindenre kiterjedő uralmi eszköz.<sup>184</sup>

A Gagnon és Simon által kidolgozott szexuális-szkript tézis alapján biztosak lehetünk abban, hogy a XX. században a szexualitással kapcsolatos kulturális, társadalmi attitűdöt, nagymértékben befolyásolta a modern orvostudomány térnyerése. Az érdekmotivált és szintetikus értékteremtés a pozitív tudományos módszert alapul véve összességében kizárta a férfi szexualitásáról szóló azon tapasztalati formákat, amiknek forrása elsődlegesen nem az úgynevezett kemény tudományokhoz tartozik, így szorulhatott perifériára az a kérdező filozófiai narratíva is és vele az egyén autonómiája is, amely a XX. század végére tudományhierarchiai okok miatt, Dávidként találta szembe magát a biomedicina és gyógyszergyártás Góliátjával. Ez a mitológiai konstelláció némiképp reménysugárként azt is jelenti, hogy a terület demedikalizációjának esélye nem lehetetlen.

## **7. Az androgén alopecia (férfias típusú kopaszodás) medikalizációja**

Zárófejezetünk a férfiak kopaszodásának (*androgén alopecia*) orvosbiológiai megítélésével kapcsolatos. Bármennyire triviálisnak is tűnik, fontos leszögeznünk, hogy a szőrzet, első sorban a haj, a testkép megalkotásának esszenciális alkotóeleme. A teljesértékű fejszőrzet az ideálisnak gondolt testkép részeként értelmezhető, melyhez hagyományosan különösen fontos társadalmi, pszichológiai és biológiai üzenetek is hozzákapcsolódnak.<sup>185</sup> Akárcsak számos egyéb, a testkép esetében fontos tényező, úgy a haj esetében is közvetítésre kerülnek különféle szomatikus, mentális és szociális üzenetek anélkül, hogy azt az egyén szándékozza-e, vagy sem.

Conrad-ra támaszkodva megállapíthatjuk, hogy a kopaszság egészen a XIX. század végéig szigorú értelemben véve nem kapcsolódott össze az orvostudománnyal. A jelenség ugyanakkor azonban már egészen korai szövegekben is megjelent, előtrébe helyezve annak – ha nem is orvosi – de bizonyos probléma-jellegét. Időszámításunk előtt 1500-ban Papyrus szövegeiben, az 1600-as években Paracelsus írásaiban is megjelenik a kopaszság, amelyen

---

<sup>184</sup> Habermas J.: *Technik und Wissenschaft als 'Ideologie.'* 1968. idézi Felkai, 1993, 155. o.

<sup>185</sup> Cash T. F.: *The Psychology of Hair Loss and its Implications for Patient Care.* Clin Dermatol. (2) 19, 2001,161-166. o.

általában véve az alkímia és a mágia fortélyaisal próbáltak úrrá lenni.<sup>186</sup> Az 1800-as évek végén, majd egy századdal később, azonban már jól kimutathatóan az orvostudomány hatókörébe vonódott a haj minőségével és mennyiségével kapcsolatos diskurzus. A téma társadalomtudományi vonatkozásában talán leginkább átfogó, *Baldness: A Social History* című művében Kerry Segrave kronologikusan áttekinti a kopaszodással kapcsolatos orvosi narratívákat, amelyek legfőbb ismérve a multikauzalitásból fakadó bizonytalanság. A fésűkön megtelepedő gombás fertőzéstől kezdve a kalapok vérkeringésre gyakorolt negatív hatásain át a hajvesztés magyarázataként számos dermatológiai, belgyógyászati és genetikai igazolási kísérlet előfordult.<sup>187</sup>

Könnyen gondolhatjuk, hogy a kopaszodás modernkori medikalizációja a nyugati országokból, elsősorban a XX. századi Egyesült Államokból eredő folyamat. Ennek a tézisnek ellentmondani látszik Ronald Henss összefoglaló közleménye, amelyben a szerző nem mást állít, mint hogy a testszörzet kulturálisan minden történelmi korban meghatározó tényezőnek mutatkozott, így félelmünk a kopaszodástól és vele kapcsolatos szorongásunk emberi létmódunkból fakadó, időközön átívelő kulturális sajátosságunk.<sup>188</sup>

Henss rámutat a haj minőségének és mennyiségének négy fontos kulturális aspektusára, melyek kellő munícióként szolgálhattak a kopaszodás medikalizációs narratívájához is. A következőkben röviden áttekintem a hajhoz társított vizuális kitűnéssel (*visual prominence*), variabilitással (*variability*), alakíthatósággal (*malleability*) és végül a társadalmi jelentés hordozó képességével (*social signals*) kapcsolatos kulturális dimenziókat. Mivel külső megjelenésünk számos vonatkozásban meghatározó (önmagunk mások általi megítélése, önmagunk megítélése), így nehéz alábecsülni a haj pszichológiai és társadalmi értékét. A frizura az egyik legkönnyebben megváltoztatható testfelületünk, ezáltal egy meglehetősen gyors és egyszerű eszközként használható megjelenésünk reformálásához, valamint igazán gyorsan képes tükrözni az egyén szociodemográfiai helyzetével kapcsolatos állapotváltozásait is. Reprezentációs ereje mindezek tükrében tehát jelentős. Nem hagyhatjuk azonban figyelmen kívül, hogy a haj mellett az ember megjelenésének egésze üzenetértékkel bír, így a másik ember észlelése egy meglehetősen összetett mentális folyamat. A haj jelentéstöbblete számos szociálpszichológiai tanulmány alapján igazolható, mely tézist a későbbiekben példákkal is igyekszem alátámasztani. Előtte azonban ismerjük meg a hajnak mint kulturális

---

<sup>186</sup> Conrad, 2007, 34. o.

<sup>187</sup> Segrave K.: *Baldness: A Social History*. McFarland & Company, London, 1996.

<sup>188</sup> Henss R.: *Social Perceptions of Male Pattern Baldness. A Review*. *Dermatology and Psychosomatics*. (2), 2001, 63-71. o.

üzenőfelületnek többtényezős koncepcióját, mely segít megértenünk, hogyan válhatott a férfiak hajvesztése a medikalizáció egyik kiemelt és igen javadalmazó ágazatává.

A „vizuális kitűnés” tekintetében a haj a környezetünk figyelmét talán leghamarabb felkeltő testrészünk, tekintve, hogy a *homo sapiens sapiens* evolúciója során a testfelület nagyobbik részét korábban borító szőrzetet szinte teljesen elvesztettük. A frizura „variabilitásának” számos dimenziójával (hosszúság, hajszín, textúra, stílus, stb.) hozzájárul az interperszonális különbségek gyors és könnyen dekódolható megjelenítéséhez. Vizsgálódásunk vonatkozásában a hajviselet legérdekesebb aspektusa az „alakíthatósággal” és a „társadalmi jelentéshordozó képességével” kapcsolatos. A „variabilitás” fájdalommentes módosítási lehetősége azonnali üzenetértékül szolgál az egyén különböző testi, pszichológiai és szociális státuszaival (érzelmi, szociális, testi állapotok) kapcsolatosan. A „haj társadalmi jelentéshordozó képessége” a medikalizáció tekintetében kiemelt jelentőségű. A haj minősége és mennyisége ugyanis számos kulturális és egészségügyi többletjelentést hordoz, így arra vonatkozólag is információ értékkel bír, hogy milyen az egyén szociodemográfiai státusza (életkor, nem, etnicitás), az egészségi állapota vagy éppen a társadalmi státusza.<sup>189</sup>

Mindezek tükrében érthető, hogy a haj önértékelésben játszott szerepe is kiemelkedő. A kopaszodás társadalmi percepcióját számos tanulmány vizsgálta. Ezekben alapvetően közös, hogy a fizikai vonzalom kialakításában a haj mennyiségének és minőségének fontos státuszértéke van. Ez a megállapítás számos empirikus vizsgálat alapján mind a férfiak, mind a nők esetében igaznak tűnik. A férfiak hajvesztésével összefüggésben kialakult úgynevezett „fizikai vonzalom sztereotípiája” (*physical attraction stereotype*) hatásából gyakran következtetnek az egyén devalvált társadalmi megítélésére. Mivel mind Henss összefoglalása, mind Dirk Kranz és munkatársainak áttekintő közleménye igazolta, hogy a kopaszodással egyenes arányban csökken a nők férfiak iránti fizikai vonzalma, így biztosak lehetünk abban, hogy legalábbis korunkban, a haj önértékelésre és párválasztásra gyakorolt hatása kiemelkedő. A férfiak kopaszodásának interperszonális vonatkozásait vizsgáló tanulmányok azonban nem egységesek a kopasz férfiak társadalmi vonzerejével (*social attractiveness*) kapcsolatosan. A tézis tehát, miszerint „ami szép az jó, és ami csúnya az rossz” empirikus értelemben megkérdőjelezhető.<sup>190</sup> Kranz egy 2011-ben végzett vizsgálata kimutatta a kopaszodás társadalmi elismerést fokozó hatását. Értelmezésében ez egy fontos kutatási

---

<sup>189</sup> Henss, 2001, 4-5. o.

<sup>190</sup> Kranz D., Nadarevic L., Erdfelder E.: *Bald and Bad?* Experimental Psychology, (5) 66, 2019, 331–345. o.

eredmény és fiatal felnőtt férfiak esetében inkább a haj ritkulásának elfogadását, nem pedig az ez elleni küzdelmet kellene facilitálja.<sup>191</sup>

A kopaszodás hatását a fizikai vonzalomra és énképre a fenti eredmények azonban nem tudták tompítani, így a kozmetikai és gyógyszeripar elsőprő gazdasági sikerrel kapaszkodhatott a hajra épülő gazdasági potenciál kiaknázásába. Bár a férfiak kopaszodásának kurrens orvosi megítélése nem tekinthető egységesnek, sőt, maga a diagnosztikus eszközök sem harmonizálnak, az orvosi kezelések garmadája vált elérhetővé a haj mennyiségi és minőségi kondícióinak javítására. A hajvesztés mögött meghúzódó hormonális (*dihydrotestosterone*) és genetikai információk („*sonic hedgehog*”) leírása az ezredfordulóra mindenesetre a definitív orvosi terápia kidolgozásának egyre biztosabb lehetőségét üzent. A kétezres évek elejére a döntő mértékben sebészi, hajbeültetési terápiák előkészítéséhez elterjedt egy a kopaszodást osztályozó szempontrendszer is, amely a hajvesztés vizuális és mennyiségi szempontjai alapján rendszerezi a kopaszodás „enyhébb” és „súlyosabb” formáit.<sup>192</sup>

## 8. Részkonklúzió

Ahogy Conrad kiemeli, a „medicina megkísérelte számszerűsíteni a vonzónak tartott hajkorona pontos hosszát és sűrűségét. Habár úgy tűnhet, hogy az orvosi fogalmak és mérőeszközök használata kiiktathatta az értékítéleteket a kopaszodás leírásából, ezek a standardok a mai napig szubjektívek és szociokulturális elvárásokon alapulnak.”<sup>193</sup> A kopaszodás orvosi nyelvezettel történő leírása és orvosi illetékességi körbe vonása több tekintetben is analogikus az erektilis diszfunkció medikalizációjával. A következőkben ezeket pontokba szedve szeretném kiemelni.

(1) A két folyamatban közös az a feltételezés, miszerint a jelenség kemény, vagy pozitív tudományok (biomedicina) nyelvezete révén történő megragadása a tényítéletek és értékítéletek keveredésének felszámolásához vezethet.

---

<sup>191</sup> Kranz D.: *Young Men's Coping with Androgenetic Alopecia: Acceptance Counts When Hair Gets Thinner*. Body Image. (4) 8, 2011, 343-348. o.

<sup>192</sup> Conrad, 2007, 36. o.

<sup>193</sup> Ibid. 36. o.

(2) A hajnak köszönhetően kialakítható sokszínű megjelenés, akárcsak az intimitás megélésében előforduló különbözőségek is a társadalmi diverzitás fenntartásának eszközei. A férfiak fizikai megjelenésének negatív jelentéstartalommal való mesterséges behatárolása, akárcsak a szubjektum szexuális szokásainak diszkurzív eszközökkel való irányítása az egyén autonómiájának indokolatlan korlátozását eredményezi.

(3) A vizsgált jelenségek orvosi hatókörbe vonását a folyamat résztvevői (orvosok és gyógyszercégek) a medikalizáció pozitív aspektusához tartozónak ítélik, tekintettel a kopaszodás, valamint az erektilis problémákkal küzdő személyeket övező társadalmi stigmatizáció mérséklésére.

(4) Szociokulturális értelemben mind az erektilis diszfunkció, mind az androgén alopecia közrejátszott egyes androcentrikus értékek (fizikai teljesítőképesség, aktivitás, társadalmi dominancia, stb.) rögzítésében, ezáltal az évek múlásával együtt-járó testi változások jelentőségének felnagyításával hozzájárultak az öregedés, mint nemkívánatos folyamat stigmatizációjához.

(5) Mindkét esetben megfigyelhető a diagnosztikus küszöbérték érzékenységének változása, amely az erektilis funkciókkal és a hajjal kapcsolatos problémák kevésbé előrehaladott állapotait is orvosi problémává teszi, többek között az egyes gyógyszertárak eladásából származó profit növelése érdekében.

## **9. Az iatrogenézis és a betegségárusítás (*disease mongering*) iskolapéldái**

Az előző tartalmi egységben törekedtem a maszkulin értékekhez fűződő életjelenségek medikalizációjának két példáján, vagyis az erektilis diszfunkción és az androgenetikus alopecián keresztül illusztrálni, hogyan váltak napjainkra a férfiak a medikalizáció különböző folyamatainak, ezek között is elsősorban a farmakolizáció tárgyává. A választott demonstrációs eszközök mindkét esetben alátámasztják, hogy az orvostudomány illetékességi körének kitágítása a patologizáció és farmakolizáció által a gyakorlatban is érvényessé teszik Ivan Illich 1976-ban kidolgozott „társadalmi iatrogenézis” (*social iatrogenesis*) koncepcióját. Illich munkája napjainkban sem csak elvont, elméleti érdekesség, de fontos praktikus

jelentőséggel is bír.<sup>194</sup> A férfiakhoz kapcsolódó medikalizációról szóló főfejezet zárásaként a *Medical Nemesis – The Exploration of Health* című művét alapul véve tekintsük át, hogy a medikalizált férfi test hogyan illeszkedik bele Illich minden eddiginél aktuálisabb kritikájába. Szemléltetni szeretném emellett azt is, hogy hogyan él tovább konceptuálisan az Illich által megfogalmazott *társadalmi iatrogenesis*, amelyet Ray Moynihan szerint a napjaink medikalizációját talán leginkább meghatározó irányzataként kell megragadnunk. Így végül szeretném összefoglalni, hogyan idomul az erektilis diszfunkció és a férfiak kopaszodása a betegségárusításnak (*disease mongering*) kontextusához.

### 9.1. Klinikai és társadalmi iatrogenesis

Illich fogalmának megértéséhez magyarázatra szorul az *iatrogenesis* terminus. Minden olyan negatív következményt, vagyis veszélyt, mellékhatást, amely együttjár az orvosi tevékenységekkel *iatrogenesisnek* nevezünk. A terminus a görög „iatros” (jelentése: orvos) és „genesis” (jelentése: eredet) szavak összetételéből származik. Ennek alapján kijelenthetjük, hogy az iatrogenesis fellép azokban az esetekben, amikor az egészségügyi rendszer szereplői (orvosok, gyógyszerek, diagnosztikus és terápiás eljárások és eszközök, egészségügyi intézmények) kártékony, azaz Illich terminológiáját követve *patogén hatásokat* fejtenek ki. Az ilyen esetek egyik csoportját alkotják az úgynevezett „klinikai iatrogenesisnek” (*clinical iatrogenesis*) esetei, melyek egyidősek az orvostudománnyal, hiszen az orvosi terápiáknak a kezdetektől fogva immanens részét képezik bizonyos kisebb-nagyobb fokú kockázatok és káresemények.<sup>195</sup> Van azonban az iatrogenesisnek egy árnyaltabb aspektusa is, amelyet Illich „társadalmi iatrogenesisnek” (*social iatrogenesis*) keresztelt és a hétköznapi élet medikalizációjából fakad. Utóbbi folyamatot, vagyis a medikalizációt, a szerző első sorban olyan társadalmi jelenségként írja le, amely együttjár mindazon kulturális megközelítéseink felszámolásával, amely a fájdalom, a betegség, a kórház, a születés és halál jelenségeihez hagyományosan kapcsolódtak és ezeket orvosi nyelvezet és intézkedési körök segítségével újraakertezi.

Illich figyelmeztet, hogy a medicina értéksemlegessége csupán csak egy illúzió és be kell látnunk, hogy az orvostudomány a betegségek (társadalmi) iatrogenikus megalkotása nélkül

---

<sup>194</sup> Illich I.: *Limits to Medicine*. Penguin, London, 1976. (A továbbiakban: 1976a)

<sup>195</sup> Illich I.: *Medical Nemesis. The Exploration of Health*. Pantheon Books, New York, 1976, 11. o. (A továbbiakban: 1976b)



nem létezhet. A kóros állapotok (szindrómák, betegségek, zavarok, stb.) tehát nem csak biológiai, hanem emellett esszenciális értelemben véve társadalmi állapotok is. A betegségek osztályozása, a kórházban kezelhető és onnan kirekesztett állapotok nem csak az orvostechológia mindenkori felkészültségéről, de a társadalmi berendezkedésről is árulkodnak. Az orvostudomány ennek tükrében egy „erkölcsi vállalkozás” (*moral enterprise*) is, hiszen nyelvhasználatával, eszközeivel és tudásával, mint azt a medikalizált testkép vonatkozásában bemutattam, segít eligazodni alapvető morális értékek meghatározásában (milyen értékeken alapuljon a társadalom, mi az életem értelme, stb.) és azok interiorizálásában (hogyan éljem az életem, mit kell tennem és végső soron ki vagyok én).

Illich ezzel nem kevesebbet állít, mint hogy az egészség és betegség állapotai közötti különbségtétel erkölcsi jelentőségét tekintve felér a jogalkotás során megfigyelhető bűn és vétek kategóriák megkülönböztetésének értékével. A medicina értékorientáló és értékteremtő hatalma szoros hasonlóságokat mutat egy állam törvényi és jogszabályi vetületével. Ennek oka, hogy a kórosnak tekintett testi és lelki állapotok számának növekedése anélkül is megtörténik, és annak ellenére is legitim, hogy azokról az egyén tudomást szerez(het)ne. *A patológiák, akárcsak a jogszabályok tehát interiorizáció nélkül is normatív fenomének.* Az orvos szerepe összességében egyszerre jogalkotói és bírói. Jogalkotói abban az értelemben, hogy a biomedicina technikai fejlődése kaleidoszkóp-szerűen megsokszorozza a kórosként leírható állapotok számát. Bírói, hiszen mint elfogulatlanak gondolt megfigyelők, az orvosok az egészség és betegség értékein keresztül minősítik az egyént a jó és rossz, a hasznos és haszontalan, a normális és abnormális vagy az értékes és értéktelen fogalmi kettősségek felhasználásával.<sup>196</sup> A modernkori betegségalkotás általam vizsgált példái is alátámasztják, hogy a medicina egy egyébként testi-lelki-szociális komponenseivel teljesen elégedett egyént annak legnagyobb meglegedettsége ellenére is beteggé, de legalábbis tökéletlenné nyilváníthat, ha az a társadalmi elvárásoknak nem felel meg. Az „értéksemleges-terápia”, vagy értéksemleges orvoslás mindezeket összegezve Illich értelmezésében nem más, mint két oximoron, hiszen a betegségek leírása feltételezi a betegségek megalkotásának szociokulturális aktusát is. A betegségalkotók, diagnoszták, kezelőorvosok szubjektivitása sokszor megkerülhetetlen, így a medicina a hatalom gyakorlásának modernkori eszközének tekinthető.

---

<sup>196</sup> Ibid.

## 9.2. A betegségárusítás (*disease mongering*) működése

Szembe kell néznünk tehát a biomedicinának mint hatalmi ágensnek az egészség és betegség társadalmi reprezentációit igen szövevényes módon formáló mechanizmusával, amelyet Lynn Payer „betegségárusításnak” (*disease mongering*) keresztelt. A folyamat a medikalizációnak már Illich által is körüljárt azon aspektusát emelte ki, melynek során a gyógyítandó, vagy még inkább *gyógyítható* betegségek spektrumát első sorban piaci érdekek miatt új terápiás megoldásokkal, azaz gyógyszerekkel, diagnosztikus és kuratív eszközökkel kiszélesítik.<sup>197</sup> A betegségárusítás kiemelkedő kutatója, a *British Medical Journal* állandó szerzője, Ray Moynihan több szövegében is hangsúlyozza, hogy azáltal, hogy egészséges embereket betegséggel ruháznak fel, kimutathatóan fokozódnak az iatrogenikus ártalmak is és nem utolsósorban a korlátozottan rendelkezésre álló egészségügyi forrásokat sem optimálisan használjuk fel.<sup>198</sup> Illich már az 1970-es években is egyenesen „gyógyszerészeti invázióról” (*pharmaceutical invasion*) beszélt, amely az egyén önértelmezését is alapvetően befolyásolhatja nem beszélve annak negatív gazdasági következményeiről.

Fentebb már kitértem arra, hogy Giddens szelf-értelmezésének esszenciális sajátossága a reflexivitás, vagyis hogy önmagunkat egy soha be nem fejezett projektént kell elgondolnunk. A reflexív-szelfnek önértékelő és önteremtő narratíváját a modernkori társadalmi intézmények konstruálják. A medikalizált társadalmakban megfigyelhető, ahogy a közösségek egészségműveltsége árnyaltabbá, az egészség és betegség állapotaival kapcsolatos ismereteik kiterjedtebbé válnak. A gyors és egyszerű ismeretszerzés a biomedicina normalizációjának kedvez. Ilyenkor a magas presztízsű tudományos világ szavahihetősége kialakítja az egyénnel szemben támasztott társadalmi elvárásokat, melynek alapsajátossága, hogy céljai elérésének egy része is medikalizált. Ennek oka, hogy az egészségtudatos, prevenciós szemlélet a testet esendő, folyamatos támadásoknak kitett háborús narratívában ábrázolja. Ebben a folyamatban fontos szerepe van a biomedicina összes ágensének, de elsősorban a gyógyszerésztudomány piaci mechanizmusainak. A betegségárusítás globális következményeinek gazdasági és kulturális hatásait nehéz megbecsülni, de a téma fontosságáról árulkodik, hogy 2012-ben az

---

<sup>197</sup> Moynihan R., Heath I., Henry D.: *Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering*. BMJ (Clinical Research Ed.), 324(7342), 2002, 886–891. o.

<sup>198</sup> Moynihan R., Doran E., Henry D.: *Disease Mongering Is Now Part of the Global Health Debate*. PLoS Med (5) 5, 2008, 106. o.

Európai Parlament is egy nagyszabású kutatási beszámolóval járult hozzá, hogy ez a multidiszciplináris diskurzus széles körben ismertté válhasson.<sup>199</sup>

Mindezek tükrében foglaljuk össze, mit jelent a betegségárusítás, mint a társadalmi iatrogenézis modern lecsapódása és a fejezet lezárásaként illusztráljuk, hogyan illeszkednek ebbe a folyamatba a férfiak szexuális viselkedésével kapcsolatos életjelenségek. Howard Wolinsky 2005-ben egyetlen kérdésben összefoglalta, mit takar a betegség-árusítás: „*A gyógyszeripar valóban betegségeket és nem csak gyógyszereket gyárt?*”<sup>200</sup> A betegségárusításra született kritikák kiindulópontja, hogy a gyógyszeripar nem csak és kizárólag a társadalmilag jelentős, súlyos egészségügyi problémák orvoslására készít gyógyszereket, hanem vannak olyan készítmények is, amelyek bár széles körben érintik a társadalmat, a forgalmazás elsődleges motivációja a profitszerzés.<sup>201</sup>

A kortárs angolszász bioetika egyik kiemelkedő alakja, Arthur Caplan is több ízben kritizálta a medikalizáció káros, iatrogén hatásait. Az igazán népszerű *60 minutes* című amerikai televíziós showműsorban az alábbi kijelentést tette a felnőttek figyelemhiányos hiperaktivitási zavarával (ADD) összefüggésben: „Ha szeretnéd felkavarni az állóvizet a társadalomban, és van elég reklámozásra szánt dollárod, szinte mindent betegséggé tehetsz.” (ford.: T. G.) Caplan megállapítása helytállóan tűnik annak tükrében, hogy míg az Egyesült Államokban a gyógyszerek reklámozására fordított éves kiadások 1997-ben 17.7 millió dollárt tettek ki, úgy ez az összeg 2016-ra exponenciálisan, 29.9 millió dollárra emelkedett.<sup>202</sup> A gyógyszercégek betegség-előállító magatartásáért természetesen nem hibáztathatjuk csak és kizárólag a piaci szereplőket. Maga Illich is hangsúlyozza, hogy a társadalmak már jóval a modern orvostudományt megelőzően is nyitottak voltak az egészség megőrzését vagy helyreállítását elősegítő népi készítményekre és terápiákra. A technológiai újításokra fogékony attitűd is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a világ lakossága befogadja a tradicionális gyógyító eszközöket leváltó új gyógyszereket is. Az előző mondatban szándékosan használtam a globális populáció alanyát, tekintettel arra a széleskörben elfogadott megállapításra, miszerint a betegségárusítás jelensége egyaránt megfigyelhető azokban az országokban is, ahol a *direct-to-consumer* jellegű gyógyszerreklámozás nem megengedett,

---

<sup>199</sup> Marcelo S. I., Purificación T. D. R.: *Disease mongering (Pseudo-disease promotion)*. Brussels, 2012.

<sup>200</sup> Wolinsky H.: *Disease Mongering and Drug Marketing. Does the Pharmaceutical Industry Manufacture Diseases as Well as Drugs?* EMBO Reports, (7) 6, 2005, 612–614. o.

<sup>201</sup> Ibid, 612. o.

<sup>202</sup> Schwartz L. M., Woloshin S.: *Medical Marketing in the United States, 1997-2016*. JAMA. (1) 321, 2019, 80–96.o.

ugyanakkor van lehetőség a gyógyszercégek által szponzorált betegség-tudatosságot fokozó kampányok szervezésére.<sup>203</sup> Illich kiemeli, hogy egyes gyógyszercégek évről évre növekvő profitja már azokban a szocialista országokban is kimutatható volt, ahol korlátozva volt a gyógyszercégek részvétele az orvosképzésben.<sup>204</sup>

Milyen helyet foglal a betegségárusítás folyamatában az erektilis diszfunkció és a férfiak kopaszodása? Mik azok a sémák, amelyeket megfigyelhetünk velük kapcsolatban? Lynn Payer az alábbi pontokban foglalja össze a betegség-árusítás működési elvét:<sup>205</sup>

### **„Normális emberi életjelenségek” felruháza kezelése igénylő, abnormális státusszal**

Mint azt az erektilis diszfunkció és a kopaszodás esetében láttuk, az emberek tömegesen tapasztalják meg az életkor előrehaladtával jelentkező testi, lelki és szociális változásokat. Az általam vizsgált terápiák piaci megjelenése azonban a férfiak megváltozott szexuális működésének és fenotipikus tulajdonságainak elfogadására ösztönző narratívát a diszfunkció és abnormalitás jelzői által körülfogott orvosi narratívával váltották fel. Payer kritikája egy ponton azonban támadási felületet hagy magán. Ennek oka, hogy nem egészen világos, szerinte mi tartozik a „normális emberi jelenségekhez.” Valószínűsíthető, hogy a szerző arra utal, hogy mivel a Viagra jelenség azt közvetítette, hogy az erekció függetlenül a férfiak és partnereik megelégedettségétől és szexuális kultúrájától az egészséges és teljesértékű férfi életének része, olyan magatartásformák értéktelenedtek el, melyek adott esetben a testi és lelki örömszerzés, és a harmonikus élet elérésének eszközéül szolgáltak. A patologizáció tehát nem azáltal történik meg, hogy devalválja és mindazonáltal abnormálisnak tekinti az intimitás különféle formáit, hanem hogy kijelöli magát az idealitást, a férfiaság státuszának fokmérőjét, vagyis az erekciós képességet.

---

<sup>203</sup> Wolinsky, 2005, 612-613. o.

<sup>204</sup> Illich, 1976b, 24. o.

<sup>205</sup> Payer L.: *Disease-mongers. How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick.* Wiley, New York, 1992.

## **A medikalizálni kívánt állapotnak tulajdonított kellemetlenségek felnagyítása, kihangsúlyozása**

A Merck & Co. gyógyszergyártó vállalat által forgalmazott finaszterid hatóanyag tartalmú Propecia ausztráliai megjelenését intenzív marketing-kampány kísérte. Ennek keretében egy népszerű újság hasábjain megjelent egy tájékoztató szöveg arról, hogy a haj mennyiségének és minőségének változása érzelmileg traumatizáló hatással jár. A cikk kiemelte, hogy az ausztrál férfiak csaknem harmadát érinti a probléma, amely többek között pánikzavarhoz, érzelmi instabilitáshoz vezet és hátrányt jelent a munkaerőpiacon is. A szövegben említésre kerül egy bizonyos „*International Hair Study Institute*” megalapítása is, amely attól kezdve a férfiak megsegítésén dolgozik. A cikk ugyanakkor egy szóval sem említette, hogy a hivatkozott tanulmányok és a nemzetközi intézet megalapításának hátterében a szponzor nem más volt, mint maga a Merck gyógyszercég.<sup>206</sup> Ez a kampány stratégia *a totális betegség tudományos konfabulációja*, melynek eszköze ebben az esetben nem a beteg által megírt levél irodalmi műfajára támaszkodik, de működési elvét tekintve azonosnak látszik. Ahogy az erekciós képesség problémája, úgy a haj mennyiségéről szóló diskurzus is bekerült egy túlzó általánosítással megrajzolt betegség-láncolatba.

## **A betegség biostatisztikai modellje: betegségként meghatározni egy állapotot, amit tömegek tapasztalnak**

Az erektilis diszfunkció prevalenciája egyes tanulmányok szerint az Egyesült Államok férfitöbbségének 52%-át érinti, amely nagy mértékben függ az egyén életkorától.<sup>207</sup> Az androgén alopecia prevalenciája az életévekkel arányosan szintén emelkedő tendenciát mutat. A hajnak kórosnak ítélt mennyiségi változásait a harmincas éveiben járó amerikai férfiak 30%-a, az ötvenes éveiben járó populáció 50%-a tapasztalja. Megállapíthatjuk, hogy mindkét állapotban közös a viszonylagosan magas előfordulási gyakoriság, amely lehetővé teszi a férfiak közötti összehasonlítást és statisztikai alapon könnyen kijelölhetővé válik az egészség és betegség közötti határvonal.

---

<sup>206</sup> Moynihan, 2002, 887. o.

<sup>207</sup> Lakin M.: *Erectile dysfunction*. Cleveland Clinic CME, 2018. Letöltés ideje: 2020. 07. 31.

## **Betegségeként meghatározni egy állapotot, amelynek hátterében kétes megítélésű problémák azonosíthatók**

Már a fejezet elején is amellett érveltem, hogy a férfiassághoz kapcsolódó erények változásának hátterében az endokrinológia tudományos önállósodásának meghatározó jelentősége van. Foucault megfigyelése szerint a nyugati társadalmakon az ópium felfedezésével úrrá lett a panácea-mítosz és a természettudományok iránti lelkesültség. Ennek része az a feltételezés, miszerint a biomedicina tökéletesedésével a tudósok egyre nagyobb eséllyel azonosíthatnak olyan készítményeket, molekulákat, melyek mint csodaszerek, vagy panáceaák végső soron szisztémásan képesek lesznek befolyásolni az ember egészségét. A maszkulinitás erényei kapcsán már bemutattam, hogy a kezdetekben milyen nagy jelentőséget tulajdonítottak a tesztoszteron hormonnak. Az erektilis diszfunkció kialakulásának organikus okai között napjainkban az összes eset 90%-ban valamilyen szervi elégtelenség szerepel. Ez az adat különösen érdekes annak tükrében, hogy mielőtt a medicina urológiai, endokrinológiai és andrológiai specializációi meghonosodtak volna, az erektilis problémák hátterében szinte kizárólag (90%!) pszichogén impotenciáról beszéltek.<sup>208</sup> A helyzet azonban ennél sokkal komplikáltabb. Az erektilis diszfunkció és a férfiak hajhullásának a hátterében sem lehetséges egyetlen patomechanizmusra egyszerűsíteni a tünetek megjelenését. A betegségek árusítása viszont egy bizonyos tünetcsoport mögött a lehető legritkábban differenciálja a háttérokokat.

## **A betegség legitimálása propaganda-szerű kampányok felhasználása által**

Eddig is sok bekezdést szenteltem a *direct-to-consumer* marketing technikát megengedő országokra jellemző promóciós tevékenységekre, amit összességében a betegségárusítás kendőzetlen megnyilvánulásának tekinthetünk. Az ilyen reklámtevékenység azokban az országokban, ahol ez egyáltalán lehetséges, természetesen szigorú szabályozás alatt áll, ugyanakkor a kétezres évek elején számos betegség-tudatosságot fokozó kampánynak álcázott hirdetés jelent meg. Frey szerint a betegségárusítás mozgatói részben a propaganda-szerű, a betegség tudatosság elősegítését hivatott kampányok. Az erektilis diszfunkció kapcsán 2005-ben megjelent egy az Egyesült Államokban működő *Food and*

---

<sup>208</sup> Bánfalvi, 2013, 28. o.

*Drug Administration* (FDA) ellenőrző tevékenységét összefoglaló tanulmány, amely egy teljesen hétköznapi szituációt írt le:

„Egy sportműsort néztünk a tízéves fiammal a tévében. A sok közül épp az egyik erektilis diszfunkciót (ED) reklámozó *direct-to-consumer* (DTC) hirdetést vetítették. Sokak számára, ezek az új készítmények a megkopott, impotens férfiak megsegítését ígérik. Valamiért ez a konkrét darab felkeltette a pubertás előtt álló fiam figyelmét. Tudni akarta, >>Miért van szüksége a reklámban szereplő férfinak a gyógyszerre?<< és >>Miért tűnik ennyire boldognak?<<. Nem valami felnőtt műsort néztünk, ez a délután közepén történt. Szükségtelen mondanom, a következő néhány percet felnőttes-témákkal töltöttük, ahelyett, hogy élveztük volna a szándékunkban álló sportműsort.”<sup>209</sup>

Azokban az országokban, ahol a gyógyszerek nyílt reklámozása, vagy a hirdetések közvetlen, célirányos eljuttatása a célközönséghez nem megengedett, más eszközökre van szükség. A *British Medical Journal* 2000-ben cikkezett arról, hogy a Pfizer betegség-tudatosság kampányt indított az erektilis diszfunkcióról anélkül, hogy abban a Viagra terméknev egyszer is elhangozna. Ennek keretében Valentin napon az Egyesült Királyságban a Pfizer által szponzorált reklámok jelentek meg annak ellenére, hogy a *direct-to-consumer* típusú reklámozás (DTCA) ott is tiltott volt.<sup>210</sup> A gyógyszercégek számos esetben arra hivatkoztak, hogy kiemelten fontosak tarják az úgynevezett DTCA kampányokat egyes állapotok, például az inkontinencia és az erektilis diszfunkció stigmatizációjának mérséklése, az orvos-beteg kapcsolat minőségének javításának, a betegek adherenciájának elősegítésének, vagy éppen a piaci verseny fokozásának érdekében.<sup>211</sup> A medikalizációt, azon belül is a betegségárusítást kritizáló szerzők ugyanakkor arra figyelmeztetnek, hogy túlságosan vékony a határvonal a pusztán a tájékoztatásra szorítkozó *direct-to-consumer-information* (DTCI) és a DTCA megjelenések között. Hiába nem hangzott el ugyanis a konkrét gyógyszer neve, számos olyan metakommunikációs lehetőség (pl. a kék színhasználat) adódik, amiből

---

<sup>209</sup> Feinberg D. T.: "Daddy, What Is Erectile Dysfunction?" *Direct-to-Consumer Advertising Will Be Changing*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. (15) 6, 2005, 866-868. o.

<sup>210</sup> Yamey G.: *Pfizer to Sponsor European Impotence Awareness Campaign*. *BMJ* (Clinical research ed.), 320 (7235), 2000, 598.o.

<sup>211</sup> Payton A. R., Thoits P. A.: *Medicalization, Direct-to-Consumer Advertising, and Mental Illness Stigma*. *Society and Mental Health*, (1) 1, 2011, 55–70. o.

egyértelműen kiderül, melyik piaci óriás terméke volt a kampány apropója. A DTCA kritikusai, köztük Moynihan is aggályosnak tartja a gyógyszercégek ilyen célú társadalmi nyilvánosságát, mely kiváltképp alkalmas rá, hogy a gyógyítani szándékozott állapotok terápiás határait a „*life-style-drug*” jellegű felhasználás irányában kiszélesítsék. A DTCA-val kapcsolatban megfogalmazott kritikák közül továbbá kiemelendő, hogy a laikusok nem képesek értelmezni a hirdetések tartalmi elemeit; a kockázatokról és mellékhatásokról szóló tájékoztatás sem hatékony; a gyógyszerek túlzásba vitt, indokolatlan használatára ösztönözhetnek; növelheti a drágább, új készítmények használatának esélyét a régebbi, olcsóbb és nagyobb felhasználási tapasztalattal rendelkező készítményekkel szemben.<sup>212</sup>

### **A betegségről szóló közbeszéd irányítása**

Marcuse megállapítását a pozitívizmussal együtt járó tendenciáról, miszerint hajlamosak vagyunk társadalmi kérdéseket is első sorban tudományos-technikai kérdésekként értelmezni, korábban már részletesen elemeztem. Kritikájával Frey sem tesz egyebet, mint csatlakozik ehhez a gondolathoz. A szerző ugyanis amellettt érvel, hogy a betegségárusítás háttérében kimutatható a hatalomnak a technokrata társadalmi berendezkedést fenntartó és azt elmélyítő mechanizmusa. A specializált, racionális technikai nyelvezetbe bújtatott narratívák mint új, mindenre kiterjedő uralmi eszközök az egészség és betegség, a normalitás és abnormalitás problémapárjait illetően ahhoz vezettek, hogy ezekben a gyakran nagyon is normatív kérdésfelvetésekben sem bontakozhat ki az egyén politikai-társadalmi reflexív szerepe. Mivel a modernitásban a normalitásról szóló diskurzus szaktudományos nyelvezetet, módszereket és képesítést igényel, az ehhez kapcsolódó vita is szaktudományos személyek által, szakmai medrében történik. A betegség-árusítás az egyénben kiépült inkompetencia-érzet segítségével elérte, hogy a biomedicina területéhez tartozó kijelentéseket axiomatikus erővel fogadja el, így a társadalmi párbeszéd lehetősége minimálisra csökkent és a nem szakmai narratívák értéke és hitelessége devalválódott.

1998-ban a DTCA-marketing stratégiája az Egyesült Államokban 1,8 milliárd dollárt emésztett fel. Ebből 1,1 milliárdot tettek ki a televíziós reklámok. Az összes DTCA kiadás 41%-a összesen tíz termékre korlátozódott. Ezek közül a direkt reklámozásra legtöbbet fordító

---

<sup>212</sup> Donohue J. M., Cevasco M., Rosenthal M. B.: A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs. *New England Journal of Medicine* (357), 2007, 673–81. idézi Payton et al., 2011, 57. o.



készítmények listájának második helyét a férfiak hajvesztésének piacvezető terápiáját jelentő Propecia (100 millió dollár), míg a harmadik helyet az erektilis diszfunkció kezelésének legnépszerűbb terméke, a Viagra (96 millió dollár) foglalta el.<sup>213</sup> Ez az összeg 2017-re megháromszorozódott és elérte a 6,4 milliárd amerikai dollárt.<sup>214</sup> Tekintve a piaci hatalomhoz társult társadalmi-véleményformáló erőt, könnyen beláthatjuk, hogy a társadalmi párbeszéd ilyen volumenű tőkebevonással könnyedén irányítható. Mint Foucault állítja, a hatalom valójában annak a mechanizmusnak a kontrollja, amely irányítja, hogy az emberek mit, hol, kinek és milyen formában mondanak el. Narratíváinkat, vágyainkat, identitásunkat a média alapvetően befolyásolja. Ez az állítás pedig annak tükrében pedig végképp igaznak látszik, hogy az FDA, mint ellenőrző testület nem minden esetben marasztalta el a piaci szereplőket, például a fogyasztók félrevezetéséért. A Propecia-ról ugyanis kétszer is megjelent valótlanúságot állító hirdetés a *Times*-magazinban, amely először azt állította: „Egy napon a tudomány megalkotja a hajvesztés ellenszerét. Ma van az a nap.” Később pedig az alábbi szöveggel reklámozták a terméket: „Kezdje a napot azzal, hogy nem kell további hajhullással szembenéznie.” Habár az FDA felszólította a gyógyszercéget a félrevezető tevékenység befejezésére, semmilyen egyéb szankciót nem foganatosított.<sup>215</sup>

### **A kezeléstől várható haszon statisztikai háttérének torzítása a kezelés mellékhatás-spektrumának elkendőzése által**

Habár a betegségárusítás alapsajátosságai az elmúlt két évtizedben nem sokat változtak, ugyanakkor muszáj kiemelnünk azt a negatív irányú változást, amely ugyancsak a gyógyszercégek reklámtevékenységével függ össze. Janelle Applequist és Jennifer Gerard Bell az *American Medical Association* 2015-ös felhívására reagálva, amelyben a DTCA-jellegű tevékenység törvényi tilalmára szólítottak fel, megvizsgálták négy népszerű amerikai tévécsatornán futó 61 gyógyszerreklámot, és összehasonlították 31 másikkal, amelyek 2004-ben szerepeltek a televízióban. Elemzésük a medikalizáció vonatkozásában döbbenetesen

---

<sup>213</sup> Cassels A., Wright J. M., Mintzes B., Jauca C.: *Direct-to-Consumer Advertising. Finasteride for Male Pattern Hair Loss*. Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien, 47, 2001, 1751–1755. o.

<sup>214</sup> Celia F. Pharma ups the ante on DTCA. Pharmaceutical Commerce.

<http://pharmaceuticalcommerce.com/brand-marketingcommunications/pharma-ups-ante-dtc-advertising> Letöltés ideje: 2020. 08. 10.

<sup>215</sup> Cassels et al., 2001, 1752. o.

izgalmas eredményekkel zárult, amit a reklámok közötti generációs különbségek könnyebb áttekinthetősége érdekében az alábbi táblázatban szeretnék szemléltetni:<sup>216</sup>

<b>Tartalmi kategóriák</b>	<b>2004-es minta (n=31)</b>	<b>2016-os minta (n=61)</b>
<b>Tényállítások</b>		
Bármilyen tényállítás (pl. tünetekről)	82%	77.4%
Betegség biológiai háttere, vagy mechanizmusa	53.9%	24.5%
Betegség oka, vagy rizikó-faktorok	25.8%	16.3%
Állapot prevalenciája	24.7%	15.8%
<b>Életmód ábrázolások</b>		
Állapot nem összeférhető az egészséges, vagy rekreációs célú tevékenységekkel	30.3%	47.5%
Termék lehetővé teszi az egészséges, vagy rekreációs célú tevékenységeket	56.2%	68.8%
Az életmódváltás hatástalan	21.3%	19.9%
Az életmódváltás kiegészíti a terméket	22.5%	7.4%
<b>Gyógyszer-ábrázolás</b>		
Az állapot kontrollvesztést okoz	67.4%	59.7%
A kontroll visszaszerzése a termék eredménye	88.8%	95.7%
A termék eredménye a társadalmi elismertség	83.1%	90.8%
Védettség mint a termék eredménye	11.2%	24.5%

---

<sup>216</sup> Applequist J., Bal, J. G.: *An Updated Analysis of Direct-to-Consumer Television Advertisements for Prescription Drugs*. Annals of Family Medicine, (3) 16, 2018, 211–216. o.

A statisztika eredményeit különösen értékesnek tekinthetjük, hiszen jól szemléltetik, hogy a betegség természetére vonatkozó társadalmi felvilágosítás helyébe valamilyen egészen más fókuszpont került a két minta között eltelt bő tíz év leforgása alatt. Látható, hogy a fogyasztók direkt-jellegű megszólítása mellett kardoskodó gyógyszercégek valójában egyre kisebb mértékben élnek a betegedukáció és az egészségnevelés lehetőségeivel, és a készítményeknek az életmódra és társadalmi elismertség finomhangolásra gyakorolt hatásaira egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek. Bár az összehasonlító vizsgálatban szerepeltek az erektilis diszfunkció terápiájának vezető piaci szereplői (Viagra, Cialis, Levitra) is, a szerzők külön nem vizsgálták a reklámozási tevékenységük megváltozását, amely ezáltal későbbi vizsgálódás tárgyát képezheti.

A medikalizáció részeként ható betegségárusítás jelenségét ellenőrző és visszaszorító célzattal számos kezdeményezés látott napvilágot. A *British Medical Journal* külön lapszámot szentelt a folyamat részletes bemutatására, akárcsak 2006-ban a *PLoS Medicine* című orvosi folyóirat, melynek megjelenése egybeesett az első *International Conference on Disease Mongering* elnevezésű eseménnyel. A betegedukáció és az egészségnevelés a modern társadalmak, és modern egészségügyi rendszerek kiemelten fontos feladata, melyeket annak ellenére fontos folytatni, hogy bennük van a visszaélés lehetősége, amennyiben az esemény finansziális háttere nem kellőképpen transzparens. A technooptimista társadalmi attitűd ellensúlyozásaképpen fontos lenne árnyalni a farmakolizáció ideáját, vagyis hogy minden életjelenség egy tableta által kontrollálható. Emellett fontos tudatosítani a társadalmakban, hogy az idős korral jelentkező krónikus betegségek az életmódból fakadnak, amelyeken egyes esetekben nem csak gyógyszeres segítséggel, de az életvitel megváltoztatásával is hatékonyan úrrá lehetünk. A praktizáló orvosok kritikai attitűdjének fejlesztésével elősegíthető, hogy a gyógyszergyárak promóciós leírásainak értő és kritikus olvasói lehessenek, amely vélhetően kedvező irányba befolyásolhatja a gyógyszerfelírási szokásokat.<sup>217</sup> A betegség-ipar elleni küzdelem ezáltal egy széles összefogást eredményező legitim kezdeményezéssé vált, mely permanens részét képezi a medikalizációról szóló szakirodalomnak.

---

<sup>217</sup> Shankar P. R., Subish P.: *Disease Mongering*. Singapore Med J. (4) 48, 2007, 275-280. o.

## 10. Részkonklúzió

A férfiak testének és szexualitásának medikalizációjáról szóló részben a maszturbáció, a homoszexualitás, az androgén alopecia, az erektilis diszfunkció és a kopaszodás esetcentrikus bemutatásával kontextusba zártam az orvostudomány hatalmi manifesztációját. A vizsgálat során igazoltam, hogy a medikalizáció során olyan életjelenségek is orvosi hatókörbe vonódnak, amelyek szükségessége megkérdőjelezhető, tekintettel a jelenségek gyakran kimutatható „ártalmatlanságára”. Az elbizonytalanodás oka, hogy ezeket a testtapasztalatokat orvosi-fiziológiai értelmezési keretben biostatistikai és fajtipikus interpretációs sémák által ragadják meg, amelyeknek értéksemlegessége nem igazolható. Több ízben rámutattunk ugyanis, hogy a patologizáció betegségmodell mellett az orvosi hatókörbe vonás mozgatórugója szociokulturális, normatív tényezőkön is, pl. az androcentrikus értékek továbbvitelén múlik. A tünetté minősült leggyakrabban „ártalmatlan” életjelenségekről megállapíthatjuk, hogy illeszkednek a medikalizáció által generált dominó-elvhez, amely testi folyamatainkat a halál felé robogó kauzális láncba illesztik bele. Az egészségnevelői programok pedig a populáció tudatába plántálják a test felvigyázásának rutinját, amely minden eddiginél élesebb normatív határvonalat húz a helyes (gondoskodó és „egészségtudatos”) és helytelen (hanyag, „kontrollálatlan”) személyek között.

A vizsgált jelenségekről megállapítottuk, hogy közös bennük a szomatizációnak Foucault által megfigyelt hármas működési elve, vagyis elsőként a totális betegség tudományos konfabulációja; másodszor a betegségnek tartott jelenség kóroktani kódolása az adott kor legmegalapozottabb nozográfiai kategóriái alapján; és harmadszor pedig az egyén automatizált tünetfelügyelete, vagyis az orvosi segítséggel kiépített hipochonder társadalom.

Kiemeltük, hogy a medikalizáció intézményes szintű diszkurzív hatalomként hogyan határozza meg az egyén biológiai esszencialista narratíváiba zárt önképét.

Végül rámutattunk, hogy a XX. század végén, hogyan kapott új lendületet a társadalmi iatrogenézis, mely a betegség reklámozásával és árusításával a biotechnológia, ezen belül is a gyógyszeripar gazdasági és társadalmi felértékelődéséhez vezetett.

Mottó:

*„Ha egyedül vagyok a szobában, akkor ember vagyok. Ha bejön egy nő, akkor férfi lettem. És annyira vagyok férfi, amennyire nő az, aki bejött a szobába.*

*Fogalmazásom tehát így módosul: az ember vagy férfi, vagy nő. Így nézve a dolgot, ez a két szó, férfi és nő, nem főnév, hanem csak viszonyzó.”*

(Karinthy Frigyes)

### **III. A nők testének és szexualitásának medikalizációja**

A medikalizációnak a férfiak testéről és szexualitásáról szóló fejezetben már előrevetítettem, hogy értekezésem második nagy tartalmi egységét *a női test és annak szexualitásához* fűződő elemzés keretezi. Már a fejezet elején szeretném tisztázni, hogy vizsgálódásomban miként viszonyulnak egymáshoz a „biológiai nem” (*sex*) és a „társadalmi nemek” (*gender*). Mint azt az előző tartalmi részben is hangsúlyoztam, a medikalizáció normalizációként értelmezendő, amelynek során nem kívánatos magatartások felügyelete, szelekciója és egyben a társadalmat irányító erkölcsi szabályok megalkotása és újraírása történik fogalmi, intézményes és interperszonális szinteken. Ahogy azt Michel Foucault, Ivan Illich és Peter Conrad értelmezéseinek tükrében megállapítottuk, a medikalizáció *ab ovo* a heteroszexualitásnak a normalizációjára irányult, amelynek kezdetektől fogva immanens része volt a természettudományos diskurzusok felülreprezentációja is, ami elősegítette, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek indoklását biologizált narratívába ágyazzák. Ezt a kontextust neveztük androcentrizmusnak. Ennek tükrében a testről és a nemiség medikalizációjáról szóló XX. századi kritikai diskurzus naturalisztikusnak látszó kiindulópontja automatikusan a biológiai nem (*sex*) vált. Vizsgálódásom mindezek tükrében a nőket és a férfiakat is a biológiai és társadalmi nemek ötvözetéből létrejött, társadalmi szerepeik által meghatározott, de fiziológiai pre-determinánsaitól elszakadni nem tudó alanyokat jelentenek. Ezeket a konstellációkat nevezhetjük „gendered férfinak” és „gendered nőnek”.<sup>218</sup> Ez azt is maga után vonja, hogy azt a hagyományosnak mondható felismerét, miszerint a társadalmi folyamatok

---

<sup>218</sup> Shahvisi A.: *Towards Responsible Ejaculations: The Moral Imperative for Male Contraceptive Responsibility*. Journal of Medical Ethics, (46), 2020, 328. o.

meghatározzák a biológiai testet, ki kell egészítsük azzal, hogy a biológiai test önmagában is meghatározza a társadalmi folyamatok dinamizmusát.

A fejezetben a női nem specifikus életterületeinek medikalizációjával foglalkozom, amelynek történeti határát a dolgozat formai követelményei miatt a XIX. századtól napjainkig terjedő időszakra korlátoztam. A témafeldolgozás során áttekintjük, (1) hogyan *jött létre* a hisztéria az orvostudomány és a pszichoanalízis narratívájában, és ez miképpen körvonalazta a nőiség megítélését. (2) Milyen folyamatok vezettek a női szexuális diszfunkció (*female sexual dysfunction*) rendellenességként való leírásához, és ezt a folyamatot hogyan befolyásolta az erektilis diszfunkció terápiája. (3) Hogyan vált a nő saját egészségének, valamint párkapcsolatának szexuális felelőssévé, és ennek a nemi aránytalanságnak milyen egészségügyi és egzisztenciális kockázatai vannak. (4) A medikalizáció „klasszikusnak” is mondható *szomatizáló, patologizáló és normalizáló* triásza mellett a nők vonatkozásában az orvosi beavatkozásoknak a teljesítménynyújtó célú (*enhancement*) alkalmazása is figyelemre méltó. Utóbbi állításomat az esztétikai plasztikai sebészet esetcentrikus elemzésére alapozom, és rámutatok a *teljesítménynyújtó nőiség normalizációjának* potenciális veszélyeire is. (5) Végül pedig a szülés és születés medikalizációját és demedikalizációját értékelem, amelynek részeként a „nem-orvosi” okokból kialakuló negatív szülésélmények vizsgálatáról szóló kutatási eredményeimet is bemutatom.

## **1. A hisztérikus nő mint az androcentrikus faj rabszolgája**

A XIX. század vége tudománytörténetileg egy roppant izgalmas korszak, hiszen az élet-fogalom (organizmus) a biológia számára elhozta a régóta várt módszertani és konceptuális forradalmat, és több másik mellett a pszichológia tudománya is alapvető strukturális változásokon ment keresztül. A hisztériának a modernitásban megfigyelhető diszkurzív sajátosságait mindkét jelenség esszenciális értelemben befolyásolta. Mint azt az előző fejezetben igazoltam, „az organizmus” fogalmának perspektivikus újdonsága az élőlény történetiségében ragadható meg, hiszen az egyedeknek (a *homo sapiens sapiens* is beleértve) fajtipikus fejlődési ütemei, születése és halála van, melyhez a normalitás és abnormalitás oppozícióján keresztül erkölcsi értékek és normák rendelhetőek. A XX. század pszichoanalitikus mozgalmában is az emberrel foglalkozó tudományok pozitivista fordulata tükröződik. Mint azt Thomas Szasz, az antipszichiátriai mozgalom egyik úttörője Az

*elmebetegség mítosza* című könyvében megjegyzi, az „emberi viselkedés pszichoanalitikus elmélete a klasszikus fizika ok-okozati (*casual-deterministic*) modelljére épül. [...] A fizikai determinizmus emberi kapcsolatokra alkalmazásának egyik típusát Popper (1944-1945) találóan >>historicismusnak<< nevezte.”<sup>219</sup> Az ilyen alapon meghonosodó „új” tudomány a vizsgálódási módszerét a biológiához hasonlóan arra építi, hogy az ember személyiségfejlődésében egyes momentumok későbbi magatartások és személyiségvonások determinánsaiként működnek. Szasz tulajdonképpen Karl Popper ismeretelméleti téziseit felhasználva amellet érvelt, hogy a pszichoanalízis historicizmusa épp olyan biopszichológiai világképen alapul, mint maga az orvostudomány. Kritikáját tehát a pszichoanalízis redukció-centrikus működési elvére építi. Ennek alapja, hogy szakértői vizsgálatok során az ember múltja, jelene és jövője egyes tipizálható életeseményeken keresztül felépíthető. Ez magában foglalja annak (legalábbis elméleti) lehetőségét is, hogy a diagnosztika történelmi előrejelzéseket is tegyen, mivel feltételezzük, hogy az emberi magatartás jövőbeli változatai megjósolhatóak egy *alapvonásaiban változatlan szubjektum* viselkedésmintázatainak tükrében. Mondhatnánk, hogy a Viktoriánus-kor természetrajza óta nincs új a nap alatt, ugyanakkor az 1800-as évek tudományos elitje „jóslás” helyett mértéktartóbban, inkább csak a veszély és elfajulás lehetőségét társította a tipizált torz-szubjektumoknak. Az egyén élettörténet minél precízebb feltárása természetesen a jövő kiszámíthatóságát is pozitív irányba befolyásolja. A folyamat (prediktívnek mondható) sikere ezáltal nagyrészt a diagnosztika (akár mágikusnak is mondható) képességein, valamint a tipizáció pontosságán múlik.

A XX. század közepére tehető a pszichoszomatika tudományának diszciplináris megújulása is, amelynek elméleti alapját a pszichoanalitikus mozgalom nozográfiájának logikája tüzelte. Paradigmája szerint az egészséges és kóros emberi magatartások megragadásához a személyiség szerkezetek irányából kell közelíteni.<sup>220</sup> Ez a feltételezés azonban csak a modernitással egyidős. A hisztéria medikalizációja mindig is létezett, erről árulkodnak az ókori Egyiptomból származó első írásos emlékek is. Ugyanakkor, annak a

---

<sup>219</sup> Szasz T.: *Az elmebetegség mítosza*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002, 32. o.

<sup>220</sup> Csabai M.: *A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, (5) 1, 2004, 55-67. o.

diszkurzív hatalmi stratégiának a kezdete, melyben a tudomány a *hiszteroid szubjektumot* az *egyen létének alapszerkezetével* azonosította, csak az 1800-as évektől jellemző.<sup>221</sup>

A hisztéria medikalizációjának háttérben lévő okok közös természetűek azokkal, amelyekre a maszturbációnak és a homoszexualitásnak vonatkozásában rámutattunk. A foucaultianus hatalomértelmezésünk alapján olybá tűnik, a Viktoriánus-kor diszkurzív hatalmi játéka szükségszerűen nem csak a nemiséghez kapcsolódik, hiszen a hisztéria tudományos narratívája szerint a hisztériás nő állapotában az organikus és pszichés okok egyaránt lényegesek.

Csabai Márta kiemeli, hogy tudománytörténetileg megkerülhetetlen az a hisztéria által megformált nő-kép, amelyet a téma szakértői „a nőiség karikatúrájának” is jellemeztek. Fontos leszögeznünk, hogy a hisztéria szinte csak és kizárólag a feminin viselkedési mintázatok narratíváiba ágyazva jelent meg. Státusza ennek tükrében igazán különleges, tekintettel arra, hogy kevés olyan medikalizált életterület létezik, mely az emberi viselkedés valamely rendellenességét kizárólagosan csak az egyik nem sajátosságaira építve hozta létre.

A férfi és női nem bináris oppozíciójának eredetét és annak etikai és politikai vonatkozásait Simone de Beauvoir-ra támaszkodva fejtem ki, aki magát elsőként interpretálta feminista szerzőként. Nő-képének leírásában a magyar nyelvben nehezebben árnyalható megkülönböztetéseknek is nagy jelentősége van, így a követhetőség kedvéért a következő bekezdésekben ahol szükségessé válik, a *woman* (a nő társadalmi neve) és *female* (a nő biológiai neve) fogalmakat fogom használni a nemi jelentéstöbblet kifejezésére. Beauvoir-nak mára szállójgévá vált axiómája, miszerint „Az ember nem születik nőnek, hanem azzá válik” a *gender-studies* alapvetéseként is szolgált. Kijelentése nem csak a nők férfiakkal szembeni alávetettségének determinánsait segít megértenünk, de közelebb visz minket annak megvilágításához is, hogy a hisztéria, mint eredendően női betegség (vagy még inkább *beteg nőiség*), miért került a medikalizált életterületek közé. Ezt a mondatot előttem sokan sokféleképpen értelmezték. Az értelmezések keresztmetszetéből mindenképpen kiolvasható, hogy a női önértelmezés Beauvoir számára – akárcsak a férfi – csak és kizárólag mint társadalmi konstruktumok értelmezhetőek. *A nőiség interpretációs sémáinak konceptuális terepét tehát már a kezdetek óta a nyugati filozófiára jellemző androcentrikus értékhierarchia határozza meg.* Ezt a tézist Beauvoir az 1949-ben megjelent *A második nem* című művében

---

<sup>221</sup> A fejezetben csak a betegség nőképpével kapcsolatos összefüggéseit vizsgálom, ezért a tudománytörténeti áttekintés önkényesen vont be és hagyott ki egyes nozográfiai állomásokat.



dolgozta ki, melynek ideológiai háttérében épp úgy megjelennek az egzisztencialista fenomenológiának és „egzisztencialista erkölcsnek”, valamint a humanista feminizmusnak a sajátosságai is.<sup>222</sup>

*A második nem* második kötetének fenomenológiai koncepciója a női szubjektum belső tapasztalataiból építkezik. A kötet alcíme *L'expérience vécue*, vagyis Joó Mária fordításában a '*Megélt tapasztalat*', amely címadás szintén a szubjektív idealizmus filozófiai gyökereire utal. Joó kiemeli, hogy a mű egészét átszövik az egzisztencialista etika *fakticitás-szabadság* és *immanencia-transzcendencia* fogalmi kettősségei. Beauvoir-nak munkásságát egyrészt a szerző barátjának, Maurice Merleau-Ponty fenomenológiai koncepciója befolyásolta, melyben a testet szexuális entitásként ragadja meg. Másodsorban kimutatható, hogy Beauvoir kiindulópontja Jean-Paul Sartre szabadságfelfogására támaszkodik, amelyet *A második nem* speciálisan a nőkre vetítve értelmez. Ennek alapján a nő (is) lényegileg szabad szubjektumként leírható, amelynek öndefinitív erejét a „minden embernek alapvető követelése, hogy önmagát lényeginek tételje” állásfoglalásból kiépített autonómia-bázisú humanisztikus *ars poetica* tükrözi.<sup>223</sup>

Bár a feminista szerzők megosztottak azt illetően, hogy a patriarchális társadalmak androcenzizmusával által generált különbségeket milyen eszközökkel lehet felszámolni, egy tudományfilozófiai kritikában egyetértének. A nyugati filozófiák férfi-dominanciája episztemológiai tökéletlenségbe torkollott, hiszen „miközben a filozófiai elméletek az általánosság objektív igényével jöttek létre, mégis részleges igazságot produkáltak, mely az emberiség felét kevésbé vette figyelembe.”<sup>224</sup> Beauvoir erre a felütésre építve azt is kiemeli, hogy ez a tökéletlenség azt is maga után vonta, hogy a férfiak saját nemi meghatározottságukat sem integrálták tökéletesen filozófiai elméleteikbe. Ez a fenomenológiai tapasztalat azonban, amelyet talán legpontosabban „testesültségnek” (*embodiement*) nevezhetünk, antropológiai értelemben véve épp oly megkerülhetetlen attribútum, akár csak a szubjektum társadalmisága.<sup>225</sup> Beauvoir testeség-felfogása a feminista posztstrukturalizmus egészét meghatározta, amelynek fontos célja a nyugati filozófiára

---

<sup>222</sup> Joó M.: *Simone de Beauvoir filozófiája és a Második nem*. Pro Philosophia Füzetek, (35), 2003. 35-55. o.

<sup>223</sup> Ibid.

<sup>224</sup> Joó M.: *A feminista elmélet és a női test*. Magyar Filozófiai Szemle, (54) 2, 2010, 65. o.

<sup>225</sup> Az *embodiment* kifejezés magyarázatra szorul, amelyet Elisabeth Grosz korporeális feminizmus koncepcióján keresztül érthetünk meg. A szerző az angolszász poszt-strukturalista irányzathoz tartozik, aki egyrészt csatlakozik a Beauvoir narratíváihoz és hangsúlyozza, hogy *a test önmagában nem létezik a szociokulturális jelentésrétegek nélkül*. Ahogy Kréchy Anna fogalmaz, a test „működését interaktivitás, egyfajta ellenproduktivitás, re-inskripciók potenciál jegyzi.” V.ö: Kréchy A.: *A nő nyelvet ölt – Feminista narratológiai, esztétikai, testelméleti tanulmányok*. JatePress, Szeged, 72. o.

fajsúlyosan jellemző elszakadás a binaritástól. Jacques Lacan, vagy éppen Jacques Derrida ugyancsak kifogásolták, hogy szembeállításaink mátrixa nem képes meghaladni a külső-belső dichotómiákat. Oppozícióink térbelileg meghatározottak, amely a szubjektumról szóló diskurzusainkat is átjárják. Ennek tükrében szinte kivétel nélkül a belső (például a racionális lélek) az értékes, a külső pedig a kevésbé értékes (irracionális test). Annie Potts felhívja rá a figyelmet, hogy a testiség nemi tapasztalata révén az emberi szubjektivitás is értékterheltté válik. Érdekes módon azonban a biológiai testek (*sexed bodies*) esetében a külső-belső dichotómia felcserélődik, és tekintettel arra, hogy kultúránk fogékony a vizuális modalitásokra, a férfi nemiszervek exterioritása értékességét tekintve meghaladja a női interioritást.<sup>226</sup> A nők fenomenológiai tapasztalatainak talán legfontosabbnak mondható sajátossága tehát a férfi-női *sexre* építkező bináris oppozíció, mely nyílt elutasítása az ember azonosságát (*sameness*) hirdető antropológiának. Ennek eredménye a férfi (*man*) mint az önmagát racionális, eszes lényként, *tulajdonképpen emberként* létrehozó lény társadalmi konstruktuma, szembeállítva a biológiai különbözőségébe zárt, elsődlegesen ennek felhasználásával konstruált, testesült nő (*woman*), vagyis a Másik.<sup>227</sup>

A Beauvoir által gyakorolt feminizmus jelentőségét többek között annak az alá-fölérendeltségi dinamikának az etikai következményei jelentik, amelynek alaptapasztalata, hogy a nőt minden pillanatban annak teste, szexualitása, vagy nemisége határozza meg. A tekintet, amely megragadja, az úgynevezett „*situated knowledge*” feminista tudományfilozófiai koncepcióhoz kapcsolódik, amely rámutat a tudományoknak a férfi interpretációs keretein keresztül kiépült nemi szituáltságára, vagyis az androcentrizmusra.<sup>228</sup> Joó kiemeli, hogy Beauvoir humanista feminista attitűdje is általánosságban véve az antideterminista emberképen keresztül nyer értelmet. A fentebb már idézett „Az ember nem születik nőnek, hanem azzá válik” tézis is ezen keresztül magyarázható. Az emberről általában, így a férfiakról és a nőkről is elmondható, hogy lényegileg szabadok kellenének, hogy legyenek, ugyanakkor a fenomenológiai tapasztalat ennek ellenkezőjét mutatja. Mint Joó írja, „Beauvoir szerint azonban a nőt éppen történelmileg adott helyzete teszi többé-kevésbé alárendeltté, vagyis korlátozza szabadságát, ebben is rejlik a női sors tragikus kétértelműsége. [...] Nem születünk nőnek, vagyis alárendeltnek, hanem azzá válunk, azzá

---

<sup>226</sup> Potts A.: *The Man with Two Brains: Hegemonic Masculine Subjectivity and the Discursive Construction of the Unreasonable Penis-Self*. *Journal of Gender Studies*. (10) 2, 2001, 145-156. o.

<sup>227</sup> Norlock K.: *Feminist Ethics*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition), Edward N. Zalta (szerk.)

<sup>228</sup> Joó, 2003, 41. o.

formál a nevelés, a szokások adott rendje.”<sup>229</sup> Beauvoir rámutat a szubjektum radikálisan téridőbeli jellegére, amelynek ön-és megbecsülését egyaránt befolyásolják az uralkodó erkölcsi értékek és társadalmi normák.

Az emberi test, mint a XX. századi francia fenomenológiának visszatérő toposza általában véve a descartes-i test-lélek dualizmus elutasításán keresztül értelmezhető. Eszerint a testet éppen hogy nem a lélekről leválasztva kell megértenünk. Merleau-Ponty hangsúlyozza, hogy az „eleven test”, mint észlelő szubjektum a világgal való kapcsolatfelvételünk egyedüli eszköze. A szubjektum tehát a külső környezet tapasztalása során kiváltott érzetektől, valamint az interszubjektivitás élményeiből konstruált egészként értelmezhető, amelynek tapasztalati/észleleti forrása maga az antidualista keretben interpretált test.<sup>230</sup> Beauvoir rámutat, hogy a szubjektum magát csak eltárgyasítva tudja megragadni, amely a férfi és a nő esetében is szexuális tartalommal rendelkezik. A testtudat minden esetben az azt körülvevő társadalmi és történeti tényeken keresztül formálódik. Ezeknek a történelmi-társadalmi tényeknek a vizsgálatán keresztül kísérelte meg Beauvoir azt igazolni, hogy a „nő a faj rabszolgája”. Hierarchikus hátránya például kialakulhatott a fizikai adottságaiból kifolyólag azokban a korszakokban, amikor a nők nem illeszkedtek az erő kifejtés fontosságát hirdető munkaetikai elvárásokhoz. Amióta a testi erő társadalmi értéke kevésbé jelentős, ennek a tényezőnek testtudat formáló ereje sem kardinális. A test tehát mindig egy társadalomba ágyazott test, a társadalom működésének alapja pedig a normalizáció. A testnek fenomenológiai tapasztalatába oltott marxista olvasatából figyelemre méltó hasonlóságok mutatkoznak Foucault hatalomértelmezésével. „Az emberi egyed nem pusztán testként ismeri meg és teljesíti ki magát, hanem különböző tabuknak és törvényeknek alávetett testként.”<sup>231</sup>

A hisztéria percepciójának megértéséhez is alapvető fontosságú, hogy feldolgozzuk mely társadalmi folyamatok vezettek a femininnek tartott értékeknek XIX. századi normalizációjához. A folyamat hatalmi és szubjektív dinamikájában is a „testiség” andorcentrikus tapasztalata volt a meghatározó, amelynek feltárásához az úgynevezett „társas konstrukcionista” kritikai nézőpont nyújthat segítséget. Ennek az irányzatnak a hipotézise,

---

<sup>229</sup> Ibid.

<sup>230</sup> Woodruff S. D.: *Phenomenology*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2018 Edition), Zalta N. E. (szerk.)

<sup>231</sup> Simone de Beauvoir: *A Második nem, 1949. A szabadság egzisztencialista etikája – a nő szempontjából, a férfival összehasonlítva*. (ELTE-szabadbölcsezet, internetes szócikk) Letöltés ideje: 2020. 08. 02. [http://mmi.elte.hu/szabadbolcseszlet/mmi.elte.hu/szabadbolcseszlet/indexefeb.html?option=com\\_tanelem&id\\_tanelem=214&tip=0](http://mmi.elte.hu/szabadbolcseszlet/mmi.elte.hu/szabadbolcseszlet/indexefeb.html?option=com_tanelem&id_tanelem=214&tip=0)

hogy a betegségek organikus okai mellett szinte minden esetben áttekintésre szorulnak azok a momentumok, amelynek során bizonyos nem-biológiai tényezők kiváltják, vagy felerősítik egyes állapotok patologizációját. Csabai mintegy szintetizálva Merleau-Ponty „eleven testről” alkotott fenomenológiai alapállást és a konstrukcionista paradigmát az alábbi megállapítást teszi. „A diagnózisok és tünetek változásai legalább ennyire tükrözik más fontos társadalmi folyamatoknak is: a testtel kapcsolatos tudás változásainak, a betegséggel kapcsolatos diskurzusoknak, a nemi szerepek átalakulásának. Nem fogadhatjuk tehát el azt a radikális társas konstruktivista megközelítést, amely a betegséget csupán címkének tekinti, és nem veszi figyelembe az egyén megélt, testi tapasztalatait.”<sup>232</sup> Ennek a tézisnek a felismerése olvasható ki a Bánfalvi Attila által idézett Friedrich Nietzsche sorokból is, amely mint a hisztériának demedikalizációs törekvése arra figyelmeztet, hogy a hisztéria nem a nő természetéhez kötődik, hanem inkább tekinthető „a kultúra által definiált szerepre adott válaszként; nem a normális környezet kihívásaira adott beteges reakcióként, hanem adekvát, a lehetetlen, léleknyomorító követelményekre elvárásokra adott normális feleletként.”<sup>233</sup>

A hisztériának mint betegségnek életútjában a betegség eredetével kapcsolatos bizonytalanság sajátos módon, mint egyfajta szervező erő jelenik meg. Bár a kezdetektől fogva jellemző volt a törekvés arra, hogy a betegség okait organikus alapokra visszavezessék, ez a hozzávetőleg 2500 éves próbálkozás rendre kudarcba torkollott. Hippokratész, akárcsak Platón és később Arisztotelész is, elsődlegesen az anyaméh rendellenességére, a hasüregben való mozgására vezette vissza a hisztérikus tüneteket (például hangulatingadozások, depresszív viselkedésminták). Innen erednek a szexuális élet fokozására, vagy éppen a gyermekvállalás ösztönzésére irányuló korabeli orvosi tanácsok is. Hippokratész koncepciója egészen a Viktoriánus korig meghatározó maradt, hiszen a legtöbb nő még ebben az évszázadban is egy sóval töltött fiolát tartott a táskájában abból a célból, hogy váratlanul fellángoló érzelmeiken úrrá lehessenek. Mint azt az i.e. V. században (!) Hippokratész

---

<sup>232</sup> Csabai, 2004. 63. o.

<sup>233</sup> „Van valami egészen meglepő és szörnyű az előkelő nők nevelésében, sőt, talán nincs ellentmondásosabb ennél. Mindenki egyetért abban, hogy *in erotics* a lehető legnagyobb tudatlanságban kell nevelni őket, mélységes szemérmert elültetni lelkükben e kérdésekkel kapcsolatban, valamint azt, hogy pillanatra se tűrjék, sőt, meneküljenek el, mihelyt ilyesmire utálnak előtük. [...] Ám e téren szívünk mélyéig tudatlannak kell maradniuk. [...] Pedig, pedig! Mihelyt mintegy a villámcsapás kíméletlen erejével és hirtelenségével a valóságba és a tudásba vettetnek, vagyis a házasság pillanatában – ráadásul éppen az veti oda őket, amit a legjobban szeretnek és sokra becsülnek: rajtuk üt a szerelem és a szemérmes ellentmondása, hiszen egyszerre kell átélniük elragadtatást, kiszolgáltatottságot, kötelességet, együttérzést és az Isten és állatiasság váratlan szomszédságától való rémületet...” V.ö.: Nietzsche F.: *A vidám tudomány*. Budapest, 1997, 99. o. idézi Bánfalvi, 2013, 41. o.

hangsúlyozta, az anyaméh vándorlása megelőzhető, vagy tünetei enyhíthetőek csípős illatok belégzése révén.<sup>234</sup>

A betegségről szóló diskurzusban jelentős változást Sigmund Freud pszichoanalitikus látásmódja hozott. Freud annak a híres Jean-Martin Charcot orvosprofesszornak a hallgatója volt, aki a XIX. században leszámolt a hisztériának korábbi irracionális (gyakran okkultista) magyarázataival azáltal, hogy azt alapvetően neurológiai betegségként írta le. A boszorkányság és megszállottság narratíváival való leszámolás egy igazán lényeges paradigmaváltást jelentett, hiszen Charles Richet, Charcot professzor munkatársa ezáltal felépíthette a hisztériának, mint a nőiség esszenciális ismérveként jellemezhető állapotát.<sup>235</sup> „[A] hysterikus nők még inkább nők, mint a többiek, érzelmeik élénkebbek és tűnékenyek, képzelődésük gyors és ragyogó, képtelenek ésszel, belátással uralkodni az érzelem és a képzelődés felett.”<sup>236</sup> A neurológiai fordulatot és a vele járó szomatizációt jól magyarázza a XIX. századi pszichiátria tudományos legitimitásáért folyó harca. Ennek érdekében minden területen küzdeni kellett a korábban bizonytalanságot szülő betegségleírások felszámolásáért és az új tudományos magyarázatok előállításáért. Az orvos megtéveszthetőségnek nem túl kedvező portréját láthatjuk a hisztériában, mely ellen ezért totális háborút kellett folytatni. A hisztériás nőbeteg viselkedésének alapvető ismertetőjegye lett a hazugságnak és megtévesztésnek két attitűdje.<sup>237</sup>

A hisztéria tudománytörténete státusza azért is igazán különleges, mert története során a kóroktanban fellelhető összes testi és lelki betegséggel próbálták azonosítani. Mint azt Csabai kiemeli, a tudomány fejlődése paradox módon nem váltotta be a hisztéria diagnosztikai és kuratív forradalmához társított elvárásokat, hanem csak a „bizonytalanság, a rejtélyes jelleg felerősödését eredményezték”.<sup>238</sup> A folyamat napjaink perspektívájából medikalizációs kudarcként könyvelhető el, tekintettel arra, hogy a szomatizáló és stigmatizáló narratívákat a pszichoanalízis képében végül egy a nőiség emancipatorikus küzdelmének kedvezőbb diskurzusa váltotta fel. Bár sok rokon tulajdonság felfedezhető a patologizáló biomedicinális és a pszichoanalitikus nyelvezetben, a betegségről szóló diskurzus integrálta, és dialogizáló relációba vonta annak alanyát, a nőt is, aki ezáltal felszabadult az addigi

---

<sup>234</sup> Tasca C., Rapetti M. et al.: *Women and Hysteria in the History of Mental Health*. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH. (8), 2012, 110–119. o.

<sup>235</sup> Gyimesi J.: *Boszorkány a diványon*. Thalassa, (17) 60, 2006, 84-85. o.

<sup>236</sup> Richet T.: *Az ördögösök hajdan és napjainkban*. Nagyvárad, 1880, 16. o. idézi Gyimesi, 2006, 85. o.

<sup>237</sup> Ibid. 84-85. o.

<sup>238</sup> Csabai, 2004, 57. o.

kizárólagosan, passzív, megfigyelt státusza alól. Bánfalvi ezt felismerve rámutat a pszichoanalízis „kétarcúságára”: „a nőiség modern medikalizációjának résztvevője, de egyben a hisztériával kapcsolatos emancipatorikus törekvéseknek pártolója is. A női test medikalizációs folyamatainak intézményes szereplője, de a medikalizáció kritikájának is egyik legfontosabb narratíváját kínálja.”<sup>239</sup> A pszichoanalízis tudományos projektje tehát egyaránt magában hordozza a pozitivista elvárásoknak való megfelelés és a módszertani revolúció erejét, mely által a pszichoterapeuta és a nő között a tudományos módszer képében sokkal inkább egy értelmező, hermeneutikai viszony bontakozhatott ki.

A Freud-nál kimutatható emancipációs törekvéseket többek között a libidóról tett megállapítása is tükrözi, miszerint az „végleges helyzetet foglalt el, [...] hiányoznak a további fejlődés útjai [...] mintha a nőiséget kialakító nehéz fejlődés az egyén minden lehetőségét kimerítette volna.”<sup>240</sup> Freud ezen gondolatát olvasva, mint ha Foucault szexuális szubjektuma tárulna elénk, akinek nemiségénél nem lehet elemibb megállapítást tenni, hiszen minden csak ennek az egyén velejéig hatoló természetnek alárendelve nyerhet értelmet. Borgos Anna Freud nőiségképével összefüggésben rámutat arra, hogy a fenti idézet szimbolikus értelemben tekinthető a patriarchális társadalmakban rögzült igazságtalanságnak és az androcentrizmus elnyomó normalizációjának felismeréseként is. Ennek eredménye, hogy ténylegesen a modernitásra jellemző szerepelvárások vezetnek el a nő kimerültségéhez, nem pedig a nőiségnek (*female*) a pszichoszexuális és biológiai predispozíciói.<sup>241</sup>

Ennél azonban jellemzőbb a Freud érdemeit árnyaló feminista kritika. A bírálat tárgya, hogy Freud sosem tudott igazán elszakadni a nyugati filozófia szomatizált nőképétől, amelynek *conditio humana*-ja, hogy szexualitásába zárva létezik. Mi is ennek tükrében a nő? (1) A férfi Szubjektumhoz viszonyítva *objektum*, vagyis „A Másik”; (2) A faj biológiai terheit (menstruáció, várandósság, szülés, szoptatás, stb.) magán hordó rabszolga. Az első és második pont azonban mindig csak és kizárólag adott historiko-társadalmi realitás tükrében értelmezhető.<sup>242</sup> Ez a radikális téridőbeliség különös sajátosságot kölcsönöz *A második nem* című kötetnek. Ez az ideológiai keret ugyanis más és más módon értelmezendő az olvasó földrajzi vagy éppen történeti pozícióit megváltoztatva. A szerző a testiség fenomenológiai

---

<sup>239</sup> Bánfalvi, 2013, 43. o.

<sup>240</sup> Freud S.: *Egy hisztéria-analízis töredéke*. In: Freud S.: *A Patkányember. Klinikai Esettanulmányok*. 1993, 151. o. idézi Borgos A.: *Pszichoanalitikus elméletek nőiségképe Freudtól a feminista pszichoanalízisig*. In: Kovács M.: *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2017. 23. o.

<sup>241</sup> Ibid. 23. o.

<sup>242</sup> Joó, 2003, 45-47. o.

olvasatában azt hangsúlyozza, hogy voltaképpen nem lehetséges sem a férfit, sem a nőt az őket körülvevő világból és ennek részeként az interszubjektív tapasztalatoktól függetleníteni. Beauvoir rámutat a „női princípium” konceptuális tévedésére. Joó Mária ezt így összegzi: „Hogy egy nő mennyire képes birtokba venni a világot, mekkora terhet ró rá a fajfenntartás, azt nem a természet szabja meg, hanem a társadalom. Az ember antiphüszisz is, nem követi a faj parancsát, a második természetévé vált társadalmi normáknak engedelmeskedik.”<sup>243</sup>

### 1.1. Részkonklúzió

Ha mindehhez az elméleti diszpozícióhoz hozzátársítjuk az organizmus fogalom alapsajátosságait, akkor fontos részmegállapításokat tehetünk. (1) Elsőként azt, hogy a hisztéria kórképe a feminin értékek felnagyítása által normalizálta az érzelemnyilvánítás amplitúdóinak alsó és felsőtartományát is, valamint kijelölte a modernitás anyja és feleségszerepének konceptuális kereteit. (2) Mindezek által hozzájárult a vándorló anyaméh teóriáról szárbá szökött nőképek tudományos igazolásához is, vagyis hogy a nő endokrinológiai sajátosságai miatt *szükségszerűen vált a faj rabszolgájává*. (3) A nőiséggel összefüggő társadalmi szerepek ezáltal minden nő számára fontos határtapasztalatként is szolgálnak, tekintettel arra, hogy tökéletlenségük „A Szubjektum” éleslátása által, mintegy általa közvetítetten tárulnak fel számukra. Összességében tehát megállapíthatjuk, hogy a hisztéria áttételesen a modernitás nőképek konstrukciójához, valamint a pszichoszomatikára és a pszichoanalízisra gyakorolt tudománytörténeti hatása révén a kortárs feminista kritikák diszkurzív térnyeréséhez is hozzájárult.

### 1.2. A megbízhatatlanság biológiája

A hisztéria által már az 1800-as évek végére kibontakozott a *nehezen kifürkészhető, érzelmileg instabil és szeszélyes nőképek a paradigmája*, amelynek számos napjainkra is

---

<sup>243</sup> Ibid. 46. o.

kiható negatív következményével kell szembe néznünk.<sup>244</sup> Ezek közül igazán szemléletes Elizabeth Barnes-nak, a *The Minority Body: A Theory of Disability* című könyv szerzőjének tanulmánya, amely a nemi alapon kimutatható egyenlőtlen fájdalomcsillapítási gyakorlatokról szól. A szöveg dinamikáját a fájdalom definíciós spektrumának hermeneutikai áttekintése szolgálja, amelyre Barnes szerint több dolog miatt is feltétlenül szükség van. A következőkben a szerző érveinek rekonstrukciójára vállalkozom. Ez azért lényeges, hogy a hisztéria által kiépített intézményes stigmatizáló gyakorlatnak a dolgozat szempontjából is fontos következményeit bemutathassam. (1) A klasszikus definíció szerint a fájdalom egy kellemetlen szenzoros és érzelmi tapasztalat, amelynek célja, hogy a fájdalmat érzékelő egyedet/egyént figyelmeztesse a potenciális szövetkárosító veszélyekre. A fájdalom tehát egy az organizmus túlélése szempontjából lényeges élmény, amellyel kapcsolatosan fontos kiemelnünk egy további fontos sajátosságot. (2) A fájdalomnak tényleges protektív ereje csak akkor van, ha vele kapcsolatban elfogadjuk, hogy ez az érzés eredendően szubjektív. Barnes ezt a jellegzetességet hívja a fájdalom „interpretív”, vagy „pszichológiai” tulajdonságának. A szubjektumnál tehát senki más sem képes jobban hozzáférni a fájdalomérzékeléshez. Ha valami fáj, az az *én* testtapasztalatom, amihez *más* számára csak közvetett hozzáférési utak vezetnek. Ennek tükrében igen komoly támadási felületet hagy magán az az egészségügyi kultúra, amely nem fordít kellő figyelmet a fájdalomra, még pontosabban a fájdalom testtapasztalatáról beszámoló szubjektumra. (3) Az a historiko-társadalmi konstelláció amelyben az egyén azt mondja, „Fáj!”, jelentősen befolyásolja a fájdalomtünetekre adott reakcióinkat. Barnes számos példával szemlélteti állítását: így a befolyásoló tényezők között meghatározó a biológiai nem (*female*) is, hiszen a nők fájdalomtünetei a férfiakéval összehasonlítva gyakrabban maradnak kezeletlenül már egészen fiatal kortól kezdődően.<sup>245</sup>

Ez a jelenség jól illeszkedik az úgynevezett *testimonial injustice* jelenségéhez, amelyet Miranda Fricker, a *City University of New York Graduate Center* professzora az epistemikus igazságtalanságokról szóló elméletében dolgozott ki. Ez az *ismeretelméleti igazságtalanság* akkor lép fel, ha az ismeretszerzés során a tudás forrását a szavahihetőség szempontjából egy intézményesített előítélet alapján degradáljuk.<sup>246</sup> Barnes mellett érvel, hogy a női nem (*woman*) az úgynevezett *credibility deficit* áldozata, vagyis szavahihetősége hagyományosan

---

<sup>244</sup> Ennek részletes elemzését a szülésről és születésről szóló fejezetben teszem meg, amelyet esetcentrikus megközelítésben is vizsgállok.

<sup>245</sup> Barnes E.: *The Hysteria Accusation*. AEON. 2020. <https://aeon.co/essays/womens-pain-it-seems-is-hysterical-until-proven-otherwise> Letöltés ideje: 2020. 08. 09.

<sup>246</sup> V.ö: Fricker M.: *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. New York, Oxford University Press, 2007.



megkérdőjelezhető a nőiségképben irracionális, érzelmileg túlfűtött attitűdök által rögzített sztereotípiák miatt. „A szavahihetőségnek a hiányossága (*credibility deficit*) változtatja feminista problémává a nők saját életükről szóló leírásait.”<sup>247</sup> A szerző egyetlen mondatban foglalja össze a fájdalomérzet bagatellizálásának okait: „A nők fájdalma, úgy látszik, egészen addig hisztérikus, amíg ennek ellenkezője nem igazolódik.”<sup>248</sup> Ez egy olyan *status quo*, melyben, hogy Kiss Tibor szavaival éljek, „a bizalom nyakán kígyó tekereg”<sup>249</sup>, és ez a hulló képletesen a társadalmi nemek androcentrikus perspektívájából származó különbségére visszavezethető szkepszisnek a metaforája. *A bizalmatlanságot a hisztériának nemi identitásképző, az interszubjektív kapcsolatokat is meghatározó tradíciójára vezethetjük vissza.*

### 1.3. Thomas Szasz hisztéria-értelmezése

Ez a felismerés közelebb visz minket, hogy megértsük Thomas Szasz címadását, vagyis hogy miért merül fel az elmebetegség mitikus értelmezési lehetősége abban a tudománytörténeti időszakban, amelyben a biológiai pszichiátria narratívája felerősödött. Szasz azt állítja, hogy az elmebetegség tünetei bár fiziológiai alapokra leegyszerűsíthetők, hiszen elvégre minden érzetünk a testünk által közvetítve jelenik meg számunkra, ugyanakkor pontosabban megragadható az elmebeteg, ha tüneteit egy eredeti nyelvi-lingvisztikai történetmondásként fogjuk fel. A testi betegségeket és az elmebetegségeket osztályozó kórtan alapjaiban véve különböző. „Míg a testi betegségek fenomenológiai jellemzői függetlenek annak a közösségnek a társadalmi, gazdasági és politikai szerkezetétől, amelyben megjelennek, ugyanez nem mondható el az úgynevezett elmebetegségekről. A pszichoszociális betegségek megnyilvánulási formái ugyanis változnak a műveltségi, társadalmi, gazdasági, vallási és politikai tényezők függvényében.”<sup>250</sup> Szasz feltételezi, hogy az elmebetegségek szigorú értelemben vett szociokulturális beágyazottságából következően azokat nem tárgyakként, hanem *reprezentációkként* kell megragadnunk, ezáltal a

---

<sup>247</sup> Barnes, 2020. (saját fordítás)

<sup>248</sup> Barnes, 2020. (saját fordítás)

<sup>249</sup> Kiss T.: *Az egyik ember...* (dalszöveg), 2005.

<sup>250</sup> Szasz, 2002, 81. o.

„pszichiátriát nem az elmebetegségek, hanem a kommunikációval és a jelhasználó magatartásával foglalkozó tudománynak kell tekintenünk.”<sup>251</sup>

Szasz a hisztériás nő példáján keresztül az indirekt kommunikáció diagnosztikus értékének elismerése mellett érvel. Indirekt kommunikáción azokat a nyelvi és nem nyelvi jelzéseket érti, amelyek információértékkel bírnak. Kovács József az alábbi módon foglalja össze a metakommunikáció Szasz-nál priorizált jelentőségét: „A direkt kommunikáció az erős nyelve, az indirekt kommunikáció pedig a gyengéé, a kiszolgáltatotté. Ilyen értelemben a normális nyelvhasználat csak megközelítőleg egyenlő erejű (hatalmú) emberek között működik jól.”<sup>252</sup> A társadalmi nemekre világviszonylatban is jellemző egyenlőtlenségi állapot az élet legkülönbözőbb területein érzékelteti a patriarchális paradigmák hatásait. Szasz interpretációja mindezek tükrében a betegségalkotás társadalmi konstrukcionista gyökereire hívja fel a figyelmet, amelynek premisszája, hogy mivel az elmebetegség egy nehezen hozzáférhető *dialektus*, ezért betegségnek sem tartható. „Az elmebetegnek nevezett emberek kiszolgáltatottságukban a testi betegek szerepét veszik fel, mikor pedig valójában csak társadalmi, erkölcsi, vagy interperszonális konfliktusaik következtében boldogtalanok.”<sup>253</sup> Az elmebetegség tehát mítosz, amely etimológiailag a görög *müthosz*, vagyis beszéd, üzenet, párbeszéd szóra visszavezethető.

A pszichiátria Szasz megítélésében tehát akkor működik jól, amennyiben képes magát mitológiaként megragadni, vagyis hiedelemrendszerét a biológiai redukciónizmus paradigmája felől a nyelvi megértés irányába fordítja. Szasz következtetése számunkra azért kiemelten fontos, mert rámutat az individuum *eredetiségére*, amely konceptuálisan összeférhetetlen az elmebetegségek sematikus, orvosi-fiziológiai keretbe zárt leírásaival. Foucault *Az elmebetegség és pszichológia* című művében hasonló megállapítást tesz, amikor igazolja, hogy a betegségek pszichológiai dimenziói nem autonómok, vagyis önmagukban magyarázóerővel nem rendelkeznek. „Valójában csak a történelemben fedezhető fel az egyetlen konkrét *a priori*, ahol az elmebetegség lehetősége üres nyitottságával a maga szükségszerű alakzatait magára ölti.”<sup>254</sup> A hisztéria vonatkozásában ezek a megállapítások rendkívül fontosak, hiszen általuk kirajzolódik a szociokulturális betegségfogalomnak a legfontosabb koordinátái. Ennek fényében tehát nem tudunk elvonatkoztatni a tényről, miszerint a társadalmak kulturális sajátosságai is meghatározóak az egészség és betegség

---

<sup>251</sup> Ibid. 80. o.

<sup>252</sup> Kovács, 2007, 35. o.

<sup>253</sup> Ibid. 36. o.

<sup>254</sup> Foucault M.: *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Corvina, Budapest, 2000, 85. o.

fogalompár megkülönböztetéséhez. Mint azt Foucault Émile Durkheim-nek a fajtipikus működésekre építő gondolatai kapcsán megjegyzi, „minden kultúra képet alkot magának a betegségről, amelynek arculatát az általa elhanyagolt vagy elnyomott antropológiai virtualitások összessége rajzolja ki.”<sup>255</sup> A hisztériával kapcsolatban eddig tehát amellet érveltünk, hogy ezt a mátrixot alapjaiban véve befolyásolták a tradicionális nőiségkép alapsajátosságai, amelyek a medikalizáció által jelenkorunkig érzékelteti hatását. Ezt a legszemléletesebben az utolsó fejezetrészben demonstrálom, a nő testtapasztalatának szülészeti ellátásban kimutatható diszkreditálásának példáival.

## 2. Részkonklúzió

Bár a hisztéria mára kikopott a medicina tudományos nevezéktanából, hiszen helyét alapvető konceptuális változtatások után a *konverziós zavar* vette át, ugyanakkor öröksége mai napig érezteti a hatását. Ez a hatás nem csak nyelvileg él tovább az érzelmileg instabil gyermek „hisztizésében.” A hisztériás személyiségjegy az irracionalitás alapsajátosságával évszázadokkal ezelőtt a nőiség *sine qua nonja* volt és bizonyos tekintetben még ma is az. A fejezetben bemutattam, hogy a hisztéria továbbélése olyan kimutatható esélyegyenlőségi problémákhoz társul, amelyeknek eredete a női szavahihetőség tradicionális, nemi alapú megkérdőjelezése. Átgondolásra szorul, milyen mértékben változott a nők társadalmi nemének megítélése az elmúlt százötven évben Richet-nek a hazugság ontológiai alapállására épített nőképéhez képest. A fejezetet a Gyimesi Júlia által idézett szöveghellyel zárjuk:

„többé-kevésbé valamennyi hazug; talán nem is annyira érdekből hazudnak mint inkább szükségtelen képzelgésből. Szeretik a hazudságot (sic!) vagy inkább az ámítást. *Semmi sem kedvesebb előttük mások félrevezetésénél* [kiem.: T. G.] s oly hamis történetek elbeszélésénél, melyek még valószínűeknek sem látszanak, s a velük történt tények hihetetlen részletekkel való kibővítésénél. Zavarba ejtő hideg vérrel arcátlanul mondják el a legnagyobb hazudságot. A hysterikus nőt kikérdező orvos legyen készen mindig arra, hogy betege

---

<sup>255</sup> Foucault, 2000, 63. o.

megakarja (sic!) csinálni, az igazságot elrejtteni, nem létező dolgokat mutatni s a létezőt kisebbiteni fogja.”<sup>256</sup>

### 3. A női szexuális diszfunkció (*female sexual dysfunction*) medikalizációja

A XXI. században jellemzően azok az életterületek medikalizációja jelentős, amelyekhez bizonyos gazdasági tényezők is társulnak. A férfiak szexualitásának témafeldolgozásában részletesen bemutattam a betegségárusítás (*disease mongering*) jelenségét, amelynek motorját a farmakolizáció, vagyis a gyógyszergyártó cégek profitszerzés-orientált terjeszkedése hajtja. A normálisnak tartott, de idővel csak nehézségek árán megvalósítható emberi tevékenységek, vagy nehézségek árán realizálható társadalmi értékek irányába terjeszkedik a betegség üzlet piaca.<sup>257</sup> Az egészség-és betegségelőállítás ipara magán viseli a fogyasztói társadalom alapvető sajátosságait. Mint arra Bánfalvi rámutat, a termelés és a szükségletek viszonya a kapitalista gazdaságnak megfelelően egészen más arculatot vesz magára, hiszen már nem az időben viszonylag hosszan elnyúló társadalmi szükségletek formálják a társadalom gazdasági működését, hanem éppen fordítva: „a megtermelt áruk eladásához ébreszt szükségleteket.”<sup>258</sup>

Ebben a fejezetben a nők szexuális diszfunkcióinak medikalizációját értékelem, melyek az erektilis diszfunkció esetével alapvető hasonlóságokat mutatnak. A szexualitásnak a modernitásban megkezdett normalizációja (heteroszexualitás, penetráció-centrikus szexuális kultúra, „*sex-for-life*” imperatívusz) kikövezte a betegségárusítás és farmakolizáció fogyasztói társadalmi dinamikával átjárt területét, amely a nők nemiségét is alapjaiban véve befolyásolta. Közelítsünk elsőként a nő biológikumához és társadalmi szerepeinek megértéséhez a házastársi szerelem irányából!

---

<sup>256</sup> Richet, 1880, 14. o. in Gyimesi, 2006, 85-86. o.

<sup>257</sup> Moynihan et al., 2002, 886–891. o és Moynihan, R. Cassels, A.: *Selling Sickness. How Drug Companies are Turning Us All Into Patients*. Bold Type Books, New York, 2005.

<sup>258</sup> Bánfalvi, 2013, 66. o.

### 3.1. A szexuális diszfunkciók és a tartós házasság

Søren Kierkegaard a *Vagy-Vagy* (1843) című művében a rá jellemző irodalmi igényességgel írja körül a házasság esztétikai és etikai érvényességével kapcsolatos meglátásait. A könyv Victor Eremita szerzői álnév alatt jelent meg, amely nem valamilyen öncélú rejtőzködés, hanem strukturális szükségszerűség. A mű felépítésében ugyanis meghatározó az „esztétikai stádium” gyönyörcentrikus, érzéki zsenialitást fókuszba helyező, és a pillanatnak szentelt életet megtagadó és az általános érvényű igazságkereső „etikai stádium” szembenállása. Az ezeket megjelenítő életfelfogások az esztétikai „A” és az etikai „B” polemizálásán keresztül tárulnak elénk.

Kierkegaard számára a házasság tulajdonképpen nem más, mint a szerelmi viszony etikai változata, tehát jóval több, mint pusztán formális intézmény. Sokkal inkább tekinthetjük „két etikai személy kölcsönös felelősségvállaláson alapuló morális kapcsolat[ának]”.<sup>259</sup> A siker Kierkegaard álláspontja szerint csakis relatív lehet, hiszen az erkölcsi tökéletességgel járó élet meglehetősen ritka, szinte lehetetlen. Bár esztétikai minőségében mindkét szerelem értékes, a házastársi szerelem kvalitása az idő relációjában válik érthetővé, sőt, értékesebbé. Kierkegaard kiemeli, hogy az *esztétikai szép* művészeti evolúciójában is megfigyelhető a tér felől *az idő irányában* történő elmozdulás. Az esztétikai szép egyszerre a szobrászat térmeghatározottságától elszakad és az idő irányába mozdul el: ezt teszi a festészet, akár csak a zene és ahogy azt a szerző szerint (legalábbis ebben az értelemben) a művészeti ágak hierarchiájának csúcsán álló költészet is. Utóbbi különlegessége, hogy „nincs szüksége arra, hogy a pillanatra korlátozza önmagát olyan értelemben, ahogy a festészet teszi, és nem is tűnik el nyomtalanul, úgy mint a zene.”<sup>260</sup> Az esztétikai élmény tehát annál gazdagabb, minél inkább képes az idő ábrázolására. Hogyan lehetséges egyszerre megélni és megvalósítani az esztétika magasabb minőségét? Egyszerű tárgyilagossággal és „B” gondolatait igen röviden kifejezve: házasodj meg és légy hűséges! Ez azonban természetesen nem elegendő, így helyesebben járunk el, ha Kierkegaard költészetével demonstráljuk azt, mit is jelent a „B” tézise, miszerint „a házastársi szerelem harca, győzelme és áldása az időben van.”<sup>261</sup>

---

<sup>259</sup> Ullmann T.: *Søren Aabye Kierkegaard*. In: Boros Gábor (szerk.): *Filozófia*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2010, 923. o.

<sup>260</sup> Kierkegaard S.: *Vagy-vagy*. Osiris, Budapest, 2005, 555. o.

<sup>261</sup> Ibid. 560. o.

„Ez a szerelem hűséges, állhatatos, alázatos, türelmes, elnéző, engedelkeny, őszinte, szerény, éber, tartós, készséges, vidám. Mindezeknek az erényeknek az a tulajdonságuk, hogy az individuumban befelé irányuló meghatározások. Az individuum nem külső ellenségekkel hadakozik, hanem önmagával, elhódítja szerelmét önmagától. És időmeghatározásuk van; mert valóságuk nem az, hogy egyszer s mindenkorra vannak, *hanem hogy állandóan újra vannak*. [kiem.: T.G.] És ezekkel az erényekkel nem szerezhető meg más, csupán maguk az erények. Ezért a házastársi szerelem – ahogy gyakran gúnyosan elnevezted – egyszerre hétköznapi és ugyanakkor isteni (görög értelemben) és azáltal isteni, hogy hétköznapi. A házastársi szerelem nem szemmel láthatóan jő el, nem zúgással bűgással, mint az aranymadár: ez a szerelem egy szelíd lélek romolhatatlansága.”<sup>262</sup>

A „romantikus” és „házastársi szerelem” szembeállításával világossá válik, hogy melyek a házasságot optimális esetben meghatározó, annak sikerességét előrejelző erények. Ezt a szerelmet az időbeli, a nagyrészt a klasszikus erényetikához tartozó erények keretezik. Bár a szexualitás az ilyen szerelemnek határozottan alacsony értéket képvisel, ennek ellenére a tartós monogám párkapcsolat normalizációjának paradigmaticus erejét jól demonstrálják a fenti sorok. *Ha elköteleződteél, ki is kell tartanod!*

Miért fontos mindez a szexuális funkciózavarok medikalizációjában? Kovács József a pszichiátria és pszichoterápia bioetikai kérdéseit feldolgozó nagyszabású munkájában a medikalizációnak a szexuális diszfunkciókra jellemző patologizáló tendenciájáról az alábbi megállapításokat teszi. Ahhoz, hogy a szexuális funkciózavar, mint a konstrukcionista betegségtételezés kiváló példája működőképes legyen, két, a nemi élettel összefüggő társadalmi normának kell egymással összeütköznie. Egyrésztől *a monogám párkapcsolat normájának*, másrésztől pedig a „*sex-for-life*” kultúra értelmében az egész élethosszra megelőlegezett szexuális vágy fennmaradását hirdető imperatívusznak. Kovács hangsúlyozza, hogy mivel a két norma egymással (gyakran) nem összeegyeztethető, kedvező táptalaj keletkezik a szexuális funkciózavar létrehozásához, amelynek valódi oka tehát egy normatív konfliktus.<sup>263</sup>

---

<sup>262</sup> Ibid. 558. o.

<sup>263</sup> Kovács, 2007, 196. o.

### 3.1.1. Afrodiziákumok megítélése a XIX. században

Bár Kierkegaard a jegyességét végül felbontotta, és a házassággal kapcsolatos közvetlen tapasztalatot nem szerzett, de minden bizonnyal a házastársak szexuális hűségét etikai minőséggel felruházó szerző is tisztában volt ennek az élethosszig tartó vállalásnak a nehézségeivel. A medikalizáció vonatkozásában számunkra különösen érdekes az a szövegrész, amelyben a régóta tartó házastársi kapcsolatokon eluralkodó „megszokásról” ír. Felmerülhet bennünk annak a gondolata, hogy Kierkegaard korában is kézenfekvő volt-e a házastársi szerelem tüzét valamilyen speciálisan erre szolgáló eszközzel, obskurus, vagy kanonizált technikával fellobbantani. Több mint valószínű, hogy igen. Ezt a feltételezést támasztja alá Alison M. Downham Moore és Rashami Pithavadin tanulmánya az afrodiziákumok orvos-és gyógyszer-történeti jelentőségéről. A szerzők mellett érvelnek, hogy a XIX. század közepén a tudományos orvoslás térnyerésével megfigyelhető a tradicionális vágykeltő eszközök (afrodiziákumok) hitelvesztése is, addig viszont kultúraspecifikusan jellemző volt az első sorban fertilitási célú készítmények használata.<sup>264</sup>

Az afrodiziákumok fontosságát jellemzően alábecsülik az orvostörténeti vizsgálatokban, ugyanakkor általuk lehetőség nyílik egyrészt a szexualitás kulturális megítélésének, másrészt a fiziológiai működésekről szóló orvosi tudásanyag tudománytörténeti feltérképezésére is. Egészen a protestantizmus XVI. századi megjelenéséig jellemző volt az a Hippokratésztől származó nézet, miszerint a szexuális gyönyörszerzés, azon belül is első sorban az orgazmus a nők és férfiak esetében is a reprodukciós célú szexuális együttlétek fontos velejárója.<sup>265</sup> A népi gyógyászatnak a nemi vágyfokozásra fókuszált irányzatát a szexuális gyógyszerészet (*sexual pharmacy*) történelmi előzményének is tekinthetjük.

A XIX. század elejéig az afrodiziákumok nehezen hozzáférhető, általában a gyarmatosított területekről származó exotikus alapanyagokból készültek (kőrisbogárpor, szarvasgomba, orchidea-kivonatok). A fogyasztói viszonyok megváltozása is a kolonizációhoz kapcsolódik, hiszen azáltal, hogy a kereskedelmi hajózás folyamatossá vált a gyarmatosító országok és a kolonizált területek között, kibontakozhatott a globális

---

<sup>264</sup> Moore A., Pithavadian R.: *Aphrodisiacs in the Global History of Medical Thought*. Journal of Global History, 1-20. 2020.

<sup>265</sup> Crawford P.: *Blood, Bodies and Families in Early Modern England*. New York, Routledge, 2014, 55–56. o. idézi Moore, 2020, 10. o.

kereskedelem. Az európai és nem-európai kultúrák megkülönböztetésének antropológiai vonatkozása is volt, amely többek között a kontrollált *versus* a hyperszexuális emberek és kultúráik szembeállítását vonta maga után. Alison Moore számos példán keresztül érvel amellett, ahogyan a XIX. századi európai fantázia eroticizálta a gyarmatosított Afrika, India, Dél-Amerika, Délkelet-Ázsia lakosait és az onnan származó írásos emlékeket. Az eroticizált „Másik” képe ébresztette fel a gyógyszerészet érdeklődését az afrodiziákumok irányába, amely összességében a nemzetközi kereskedelem fellendüléséhez is vezetett. A nyugat-európai gyógyszerzetárakat egyenesen elárasztották az idegen földrészekről beáramló afrodiziákumok.<sup>266</sup> Bár a készítmények iránti kereslet jelentős volt, ezek nem oki terápiák voltak, így a legtöbb esetben nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket.

Az afrodiziákumokról szóló diskurzus változása a XIX. század közepére tehető, amikortól az orvosi szövegek könyvek kollektíve elhatárolódtak a vágykeltő készítmények libidóélnkítő hatásaitól. Moore kiemeli egy francia orvosnak, Félix Roubaud-nak 1876-ban, illetve egy amerikai doktornak, William Hammond-nak 1885-ben megjelent szövegeit, amelyek kifejezetten a nők frigiditásának<sup>267</sup> „gyógyítása” céljából használatos készítmények használata ellen érveltek.<sup>268</sup> Ugyancsak a XIX. század végén, orvosi berkeken belül jelent meg az idősek nemi életéről szóló gondolat, amely a nők esetében a menopauza, férfiak esetében pedig a hatvanadik életév betöltését követően tiltotta meg a szexuális életet, melyről feltételezték, hogy a női és férfi szervezetet egyaránt legyengíti.<sup>269</sup> A XIX. és XX. század fordulójáról mindezek tükrében megállapíthatjuk, hogy a szexualitásnak a nők szexuális magatartásáról szóló diskurzusát egyrészt a prokreációs célú paradigma dominálta, amelyből az 1500-as évek végére a gyönyör átélésének bármilyen szerepe is kivált. Az európai gyógyszerészeti gyakorlatba átszövődő afrodiziákumok felhasználási célja is csak a fertilitás elősegítésére korlátozódott, amely a „sikeres nemi élet” szinonimájaként volt értelmezhető.

A XIX. század végén azonban fontos változást hozott Sigmund Freud pszichoanalitikus megközelítése, aki a klitorális helyett a vaginális területhez kapcsolta a női szexualitás diskurzusát. A Freud által használt „frigiditás” fogalma is tükrözi, hogy a nemiség új konceptuális keretét a vaginális orgazmusra való képesség és képtelenség szembeállítása jelentette. Nem sokkal később a vaginális szexualitás normalizációjából kifolyólag a klitorális

---

<sup>266</sup> Moore, 2020, 14. o.

<sup>267</sup> A XIX. században a fogalom egyaránt leírta a vaginális orgazmusra való képtelenséget, az orgazmus elérésének képtelenségét és a vágy hiányát is.

<sup>268</sup> Moore, 2020, 16. o.

<sup>269</sup> Moore, 2020, 17. o.



stimulációt igénylő nők férfiasnak ítéltettek, olyannak, akiből hiányzik az anyai ösztön, és akik előtt egyenes út áll a neurózis és a társadalmi ellehetetlenülés irányába.<sup>270</sup>

A Kierkegaard által bemutatott „megszokásba” fulladó házasságban élők esetében az útkeresésnek csak igen szűk dimenziói tárulhattak fel. Egyrésztől fogódzót találhatnak az egzisztenciális önmegvalósítás egyes stádiumait mérlegelve. Ennek a nagyszabású filozófiai programnak egy részét nyomon követhetjük a *Vagy-vagy* című kötetben, és megismerhetjük, hogyan süllyed bele az esztétikai stádiumba a vágyai által fogvatartott *Don Juan*, azaz a hedonista javakat kajtató, „hódító természetű ember.” A tökéletes, harmadik stádiumot Kierkegaard az ugyancsak 1843-ban megjelent *Félelem és reszketés* című művében fejt ki, melynek jellegzetességeit Ábrahám bibliai történetének példaállítással demonstrálja. A végső cél ennek értelmében nem más, mint feloldódás a hitben, vagyis az értelem elvesztése. A házastársakról szóló, összességében inkább negatív végkicsengésű megállapításait Kierkegaard az etikai stádiumban tárja elénk. Optimális esetben a morális zsenialitásnak köszönhetően az idő legyőzése és áldása által lehetségessé válhat az a „gyarapodó előrehaladás”<sup>271</sup>, amelyben a házastársak egymás által önazonosak tudnak maradni. A szerző szubjektív ítélete átüt a sorokon, és kiviláglik, hogy az etikai stádium szinte biztosan kudarcra van ítélve. Mint azt Ullmann Tamás írja, a „morális zsenialitás csak keveseknek adatik meg, az emberek legnagyobb része nem a választással viszonyul az általánoshoz, hanem a többiek által élt biztonságos és békés élet elfogadásával, vagyis a közösségbe való belesimulással, a házasság pedig gyakran ennek [elidegenítő – T. G.] eszközévé válik.”<sup>272</sup> Tehát a személyesség és az érzékiség is elvész az idő előrehaladtával. Végső esélynek megmaradhat az a szórakoztató példa, amelyet Kierkegaard ugyancsak a *Vagy-vagy* sorai között említ. Beszámol arról a gyakorlatról, amelynek során a bágyadt paraguay-i házasságokat, amikor is „álmos módon történik minden, szinte óraütésre” a jezsuiták egy éjfélkor történő kolompolással törték meg, abból a célból, hogy a házastársi „kötelességeikre” (reprodukció) emlékeztessék a párokat.<sup>273</sup> Persze, meglehet, hogy a megszokásnak „egyhangúsága, teljes eseménytelensége, állandó tartalmatlansága”, amelyet Kierkegaard még a halálnál is rosszabbnak tart, végül minden elfogadott eszköz ellenére is felőröli a házasságot.

---

<sup>270</sup> Angel K.: *The History of 'Female Sexual Dysfunction' as a Mental Disorder in the 20th Century*. Current Opinion in Psychiatry, (6) 23, 2010, 536–541. o.

<sup>271</sup> Kierkegaard, 2005, 560. o.

<sup>272</sup> Ullmann, 2010, 923. o.

<sup>273</sup> Kierkegaard, 2005, 558. o.

### 3.2. A női frigiditás metamorfózia

A XIX-XX. század fordulóján elhatalmasodó orvosi narratíva jelenti annak az időszaknak a kezdetét, amikor a medicina felfedezte a szexuális diszfunkció fogalmát és arra alapvetően prevenció és terápiás javallattal próbált szolgálni. A következőkben a női szexuális diszfunkció orvostörténetét szeretném kontextusba helyezni. A *Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének* (DSM) 1952-ben megjelent I. kiadása volt az első orvosi dokumentum, mely a frigiditás diagnosztikus kategóriáját besorolta az úgynevezett „Pszicofiziológiai autonóm és viscerális zavarok” (*Psychophysiological autonomic visceral disorders*) közé. A DSM-I koncepcióját érezhetően befolyásolta a pszichoszomatikus orvoslás úttörőjének, Adolf Meyer-nek pszichobiológiai paradigmája, melyhez az úgynevezett ’zsigeri neurózis’ kifejezés is társul.<sup>274</sup> Ennek lényege, hogy a nők érzelmei ok-okozati kapcsolatban állnak az úgynevezett urogenitális pszichofiziológiai zavarokkal, többek között a frigiditással is.

1968-ban a DSM-II a nők szexuális rendellenességeinek klasszifikációjában csak abban a tekintetben hozott változást, hogy a szexuális zavarok közé a *dyspareunia* (behatoláskor, szexuális aktus közben/után jelentkező fájdalom) is bekerült.<sup>275</sup>

A medikalizáció redukcionista szexualitás-képéhez ténylegesen csak a DSM-III 1980-as megjelenése vezetett, amelyet tekinthetünk a pszichoszomatikustól a biológiai pszichiátria paradigmája felé fordulásnak is. Ennek alapvetése, hogy a nők szexuális diszfunkcióinak hátterében korábban feltételezett pszichoszomatikus betegségmodell indokolatlanul nagy jelentőséget tulajdonított a pszichoszociális faktoroknak. A biológiai pszichiátria ezektől axiomatikusan próbálta magát függetleníteni, és ezzel azt hirdette, hogy a patológus és normális állapotok között egy jól definiálható empirikus határvonal húzható. A nők szexuális problémái ettől fogva olyan *mentális zavarokként* kerültek meghatározásra, amelyekről ekkoriban feltételezték, hogy (1) diszkrét entitások, és (2) a biológiai pszichiátria explicit diagnosztikai kritériumrendszerével kétséget kizáróan azonosíthatók.<sup>276</sup> Ez a vízválasztó konceptuális fordulat részletesebb elemzést kíván, így a következőkben arra keressük a

---

<sup>274</sup> Angel, 2010, 536-541. o.

<sup>275</sup> American Psychiatric Association. *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; Washington, DC: 1968. In: Ibid.

<sup>276</sup> Haslam N.: *Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist thinking about Mental Disorder*. Social Research, (67) 4, 2000, 1031–1058. o.

választ, hogy a mentális zavar biomedikális pszichiátriai modellje, amely a DSM-III-at meghatározta, milyen konceptuális hiányosságoktól szenved és ez hogyan befolyásolta a nők szexuális diszfunkciójának megítélését.

Fontos látnunk, hogy a DSM-III programjának szárnypróbálgatása már jóval korábban, a XIX. század végén is megfigyelhető. A biológia diszciplináris forradalma és az orvostudomány diagnosztikai tökéletesedése, a patomechanizmusok pontosabb megértése a pszichiátriára is nyomást helyezett. Az általános kóroktan paradigmához hűen Anne-Charles Lorry (1726–1783) is az idegrendszer rostjainak rendellenességeivel azonosította a mélabúnak egyes formáit. Később Pierre Cabanis (1757-1808) francia orvos is azt feltételezte, hogy az erkölcsi zavarokkal kapcsolatban állnak bizonyos szervi elváltozások is.<sup>277</sup> Wilhelm Griesinger (1817–1868) német pszichiáter, a tübingeni egyetem egykori professzora az 1861-ben megjelent *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* című művében számos olyan gondolatot megfogalmazott, amelyeket a DSM-III-ban testet öltő „mentális zavar” koncepció előhírnökének tarthatunk. „A patológia mint tiszta fiziológia bizonyítja, hogy kizárólag az agy lehet a helyszíne a normális és abnormális mentális működésnek. [...] Az agy minden mentális betegségben érintett, így tehát az elmebaj legközelebbi oka az agyi érintettség. [Ford.: T. G.]”<sup>278</sup> Griesinger törekvései egyértelműen azt tükrözik, hogy a pszichiátria feladata a bizonytalan filozófiai gyökerekkel való szakítás és az orvostudomány test-centrikus paradigmájára építve a mentális zavarokat szervi, első sorban neurológiai okokra kell visszavezetni.<sup>279</sup> „Az empirizmusnak muszáj türelmesen várnia arra az időre, amikor az emberi lélek és az élet alkotóelemeinek kapcsolatát annak minden formájával végül fiziológiai, semmint metafizikai problémákként kezeljük majd. [Ford.: T. G.]”<sup>280</sup>

A Griesinger által bemutatott tézisek közősek a nagy hatású német pszichiáternek, Emil Kraepelin-nek (1856-1926) módszertani alapjaival. A Kraepelin által kidolgozott paradigma a szisztematikusan rendszerezett pszichiátria tünetcsoportokra épített. Koncepcióját alapjaiban véve meghatározta, hogy az agy tudattartalmait a legapróbb részletekig fel kell tárni és az elemi kapcsolódási mechanizmusokat meg kell érteni. Mivel tudták, hogy az emberek anatómiai struktúrája nagyfokú hasonlóságokat mutat, ezért

---

<sup>277</sup> Földényi F. L.: *Melankólia*. Kalligram, Pozsony, 2003, 269. o.

<sup>278</sup> Griesinger W.: *Mental Pathology and Therapeutics* (ford. Robertson, C. Lockhart). London, New Sydenham Society, 1882, 3–4. o. idézi: Tari G.: *A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei*. Századvég, (76), 2015, 136. o.

<sup>279</sup> Ibid. 136. o.

<sup>280</sup> Griesinger, 1882, 5. o. idézi: Ibid. 136. o.

Kraepelin feltételezte, hogy a betegség-és zavarkategóriák is uniformizálhatóak. A *DSM-III* paradigmája, miszerint lehetséges olyan mentális zavarokat leírni, amelyek értéksemlegesen, tisztán empirikus megfigyelésekre építve képesek a kóros és egészséges állapotok elkülönítésére, Kraepelin biomedikális tézisére vezethető vissza.<sup>281</sup>

### 3.2.1. A „mentális zavar” mint természeti fajta (*natural kind*)

A *DSM-III* paradigmáját mindezek tükrében *neo-kraepelini pszichiátriának* is nevezik. Betegség és zavarelhatárolási struktúrája paradox módon egy messzemenőkéig filozófiai koncepcióból táplálkozik, melyet a mentális zavar természeti fajtaként (*natural kind*) való meghatározása jelent. Az 1980-as évek pszichiátriai közössége bizakodással fogadta azt a módszert, melytől a társadalmi (szociokulturális befolyás) és szakmai (nem egységes diagnosztikai eszköztár, a diagnoszta szubjektivitása) önkényesség leküzdését remélték. Az átalakulás nem csak a diagnosztikát, de a terápiaválasztást is szemmel láthatóan befolyásolta. Az időigényesnek tartott pszichoterápiás irányzatot rövid időn belül háttérbe szorította a farmakológiai pszichiátria. A folyamat nem csak a betegségek reprezentációját, de a biomedikális pszichiátria antropológiai sajátosságait is megvilágítja: mivel a mentális zavart az agy hibás termékének, molekuláris rendellenességnek tartották, ezáltal az élettörténetétől, önértelmezésétől, pszichoszociális státuszától megfosztott személy mint rosszul funkcionáló test lassacskán eldologiasodott.<sup>282</sup>

Ennek a tudományfilozófiai konstellációnak kibontásához meg kell vizsgálnunk a mentális zavar ontológiai státuszát, amely tehát a *DSM-III* biomedikális nézőpontjából azonos a zavar *betegségmodellként* való megközelítésével. Ennek alapsajátosságait Nick Haslam négy fő pontban foglalja össze: (1) a mentális zavar oka az ember biológiai funkcióinak, struktúráinak felborulása és abnormalitása; (2) minden mentális zavar a csak és kizárólag rá jellemző etiológiával (kóroktan) bír; (3) minden mentális zavar „diszkrét”, egymástól jól elkülöníthető kategóriába rendezhető; (4) a mentális zavar kialakulásában a historiko-pszichoszociális komponensek okozati szerepe kizárható (univerzalitástézis).

---

<sup>281</sup> Tari, 2015, 136-137. o.

<sup>282</sup> Haslam, 2000, 1031. o.

Tehát a mentális zavar betegségmodellje a kórosnak vélt mentális működések mögött azonosíthatónak gondolt definitív erővel rendelkező szükséges és elégséges feltételeket. Ennek megfelelően a DSM-III neo-kraepelini koncepciója az alábbi tézisekben körvonalazható: (1) a pszichiátria az orvostudomány része, hiszen módszertanilag nem különbözik a medicina más specializációtól; (2) az egészség és betegség állapotai között empirikus úton megalapozható határ húzható; (3) egymástól alapjaiban véve különböző, „diszkrét” mentális kórképek léteznek; (4) mindezek tükrében a pszichiátria feladata ezen kórképek biológiai aspektusaira fókuszálni.<sup>283</sup> Haslam és Roelcke megállapításaiból következtethetünk arra, hogy a neo-kraepelini betegségmodell a mentális zavarokat *természeti fajtaként* ragadja meg. A *Stanford Dictionary* leírása szerint akkor beszélünk természeti fajtáról,<sup>284</sup> ha az „beleillik valamilyen az emberektől független csoportba, ami nem függ semmilyen konvenciótól, relatív (axiológiai, szociális) tényezőtől. Egy természeti fajtának összetéveszthetetlen ismertető jegyei vannak, amelyek definitív tulajdonságok, tehát minden kétséget kizáróan azonosítják a fajtához tartozást. A *természeti fajta esszencialisták* azt gondolják, minden természeti fajta magában hordoz valamilyen örök érvényű, univerzális tulajdonságot, vagyis esszenciát. Ez olyan tulajdonság, vagy tulajdonságok halmaza, ami szükséges és elégséges feltételt jelent, hogy egy partikularé az adott fajtához tartozhasson.”<sup>285</sup>

A DSM-III betegéglaszifikációs paradigmája tehát kimondatlanul is elköteleződött amellelt, hogy a természeti fajtákat metafizikailag reális entitásokként gondolja el, hiszen azokat univerzális (a világ legkülönbözőbb pontjain is azonos) diagnosztikai eszközökkel, a biológiai fajokhoz hasonlítható rendszertani kategóriákba illesztette. A konceptuális keretek a tudományos realizmus alapsajátosságait mutatják, vagyis feltételezték, hogy a „tudományos stratégiák képesek az elméletektől független fenomének megjelenítésére és csoportosítására.”<sup>286</sup> Ennek a módszertani diszpozíciónak tipikus példája a periódusos rendszer, amelynek osztályozási szisztémája ugyancsak a kémiai elemek változatlan tulajdonságaira épít.

Mindezeket összefoglalva megnevezhetjük, hogy melyek a természeti fajták klasszifikációjának alapvető követelményei. „(1) egy természetifajta-jelölt tagjainak legyen

---

<sup>283</sup> Roelcke, V.: *Biologizing Social Facts: An Early 20th Century Debate on Krapelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration*. Culture, Medicine and Psychiatry, (21) 4, 199, 383. o.

<sup>284</sup> Bird, A., Tobin E.: *Natural kinds*. In Zalta, N. Edward (szerk.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA), Stanford University.

<sup>285</sup> Tari, 2015, 147. o.

<sup>286</sup> Ibid. 148. o.

valamilyen természetes közös (általában intrinzikus) tulajdonsága; (2) a természeti fajták meg kell engedjenek induktív következtetéseket; (3) a természeti fajtáknak részt kell venniük természeti törvényekben; (4) a természeti fajtáknak ki kell alakítaniuk egy egyedi fajtát; (5) a természeti fajták hierarchikusak; (6) A természeti fajták kategorikusan különböznek.”<sup>287</sup> A DSM-III a neo-kraepelini tradícióból merítve nyíltan elköteleződött amellet, miszerint a precíz diagnózis felállításához elegendő az egyes mentális kórképekben empirikus úton felfedezhető szubsztantív tulajdonságokat azonosítani. A természeti fajták filozófiai elmélete alapvető hasonlóságokat mutat a mentális zavar betegségmodelljével: (1) A két elmélet hajtóereje a naturalizmus. (2) Mindkét koncepció azt feltételezi, hogy a diszkrét entitások egy induktív potenciállal járó kauzatív láncban vesznek részt. (3) Létezik olyan tudományos módszer, amely alkalmas az esszenciális tulajdonságok azonosítására.

Nick Haslam 2002-ben a mentális zavarok ontológiai státuszával kapcsolatos társadalmi attitűdvizsgálatot végzett laikusok bevonásával. A mentális zavarokról alkotott nem-szakmai reprezentációk alapsajátosságai azt mutatják, hogy a hozzá nem értők hajlamosak a pszichiátriai betegségeket egyfajta esszencialista keretbe zárt hitrendszerben értelmezni. A főbb megállapításokat pontokba szedve láthatjuk, hogy a DSM-III által megformált nozológiai rendszer és a nyugati országok társadalmi reprezentációi alapjaiban véve közösek. A kutatásba bevont személyek feltételezték, hogy (1) az egyes pszichiátriai kórképek univerzálisak (nem befolyásolják őket szociodemográfiai és kulturális tényezők) (2) a mentális zavarok az egészséges kórképektől elkülöníthetők (3) egy zavar a szükséges és elégséges kritériumok segítségével azonosítható (4) az egyes mentális zavarok monomorf (pszichobiológiai konstellációjuk egységes) jellegűek (5) a mentális zavarok ahistorikusak és gyógyíthatatlanok.<sup>288</sup>

A DSM-III betegségmodelljével szemben megfogalmazott kritikák hangsúlyozzák, hogy az egyes „betegek” között megfigyelhető fenotipikus különbségek (pszichoszociális, demográfiai, stb.) diagnosztikai értékkel rendelkeznek. A kézikönyvet használó szakemberek az instrukciókat követve nem veszik figyelembe a hozzájuk fordulók eredetiségét, amely konceptuális hiányosságokhoz vezet. Foucault szavaival élve tehát le kell szögeznünk, hogy „Az örület nem lelhető fel *a maga vad állapotában*. [kiem.: T. G.] Nem is létezik máshol,

---

<sup>287</sup> Ibid. 148. o.

<sup>288</sup> Haslam N., Ernst D.: *Essentialist Beliefs About Mental Disorders*. Journal of Social and Clinical Psychology, (21) 6, 2002, 628–644. o.

mint egy társadalomban, nem létezik azokon az érzékenységi formákon kívül, amelyek elszigetelik, az ellenérzés formáin kívül, amelyek kirekesztik, vagy foglyul ejtik.”<sup>289</sup>

A DSM-IV 1994-es megjelenése számottevő konceptuális változást nem eredményezett. Ugyanúgy folytatódott a mentális problémákat természeti fajtákként megragadó betegségmodell alkalmazása, amelynek indoklásában nagyrészt az univerzális és semleges diagnosztikai nézőpont megteremtése volt a cél. A női szexuális diszfunkció történetének ebben a fázisában igazán meghatározó volt, hogy a problémával foglalkozó orvosi specializációk identitásképzésében milyen nagy szerepet kapott a negatív definíció, vagyis a törekvés az empirikusan nem igazolható kóroktani tényezőktől való elhatárolódás. A DSM egy vákuumot hozott létre, mely minden empirikusan igazolható nozográfiai alkotóelemet magába rántott, és eltaszított minden olyat, amely relativizálhatónak bizonyult. A nők sexualitásának egészsége és betegsége is a neo-kraepelini betegségmodellbe zárva volt fellelhető az ezredforduló előtt.

### 3.3. A Viagra női percepciója

Összegezve a DSM első és negyedik kiadása között megfigyelhető tapasztalatokat azt mondhatjuk, hogy *a pszichiátria idegtudományi és pszichofarmakológiai útkeresése egy redukcionista paradigmában talált magára, amely sokak megítélése szerint összeférhetetlen a pszichiátria által megérteni és kezelni kívánt mentális kórképek pluralisztikus természetével.*<sup>290</sup> Hogyan befolyásolta tehát ez a szemlélet a szexuális diszfunkciókról szóló tudományos diskurzust az ezredfordulón? Talán mondanunk sem kell, hogy az erektilis diszfunkció terápiás forradalmát elhozó Viagra nem csak a férfiak nemi életének medikalizációs szemlélet legitimálta azáltal, hogy férfiak tömegei nyerték vissza a minőséginek tartott erekciós képességet és ezáltal önbizalmukat. A Viagra gazdasági sikere immanens módon megvilágította a női sexualitással kapcsolatos életjelenségek gyógyszeres kezelésének egyre egyértelműbb piaci űrjét is. Emellett azonban beszédes, hogy a kétezres évek elején viszonylag kevés olyan publikáció jelent meg, amelyek a nők Viagrával

---

<sup>289</sup> Defert D., Ewald F., Lagrange J. (szerk.): *Dits et Écrits IV*. Párizs, Gallimard, 1994, 41. o. idézi Sutyák, 2007, 43. o.

<sup>290</sup> Sedler M. J.: *Medicalization in Psychiatry: The Medical Model, Descriptive Diagnosis, and Lost Knowledge*. Med Health Care Philos, 19(2) 19, 2016, 247-252. o.

kapcsolatos attitűdjeit, vagy esetleges félelmeit jelenítették volna meg. Annie Potts és munkatársai 2003-ban az elsők között közzétették kvalitatív kutatásuk eredményeit, mely fontos szociokulturális dimenzióit tárta fel a Viagra-jelenségnek. Fontos kihangsúlyoznunk, hogy erre – főként ezekben a kezdeti időkben – igazán nagy szükség mutatkozott, tekintve, hogy a szildenafil-citráttal kapcsolatos publikációk nagy része nem vonatkoztatott el a behatolással járó szexuális funkciók helyreállításának fiziológiai eredményeitől, vagy éppen a mellékhatás-spektrum részleteitől.<sup>291</sup> Azokban a közleményekben, amelyek valamilyen formában a heteroszexuális Viagra-használó férfi partnereit célozták, a vizsgálódás elsődlegesen arra terjedt ki, hogy a mesterségesen előidézett erekció ténylegesen elég hatékony volt-e a vaginális szexuális aktus létesítéséhez.

Mindezek hatására Potts hipotézise abból indult ki, hogy „a nők automatikusan és probléma nélkül hasznélvezői férfi partnerük Viagra használatának és Viagra által előidézett erekciójának.”<sup>292</sup> Mély interjú vizsgálati módszerükkel első sorban a gyógyszer használatával kapcsolatos káros hatások felmérésére törekedtek. A beszélgetések végén a kutatásba bevont személyek aggodalmaiból Potts-ék három témakört azonosítottak:

a) *A férfi számára a készítményt felíró orvos partnerek iránti érdeklődésének hiánya.* Egyes esetekben a kutatási alanyok kifogásolták, hogy az orvosi vizsgálatokba őket nem vonták be, valamint hogy a szexuális problémák hátterében lévő önértékeléssel és párkapcsolati nehézségekkel kapcsolatos nézőpontokat nem járták körül kellőképpen a receptet felíró orvosok.<sup>293</sup> Ez a tapasztalat beleilleszkedik a medikalizációval kapcsolatosan gyakran megfogalmazott kritikába, amely egy komplex bio-pszicho-szociális jelenséget valamely komponensre (ez esetben egy potenciálisan házassági problémát a férfi erekciós funkciójának helyreállítására) redukál. Tekintettel arra, hogy a szexualitás az emberi párkapcsolatoknak jóval komplexebb, kulturálisan meghatározott életterülete, így aggályos az orvosi segítségnyújtást a behatolásra alkalmas pénisz előidézésére egyszerűsíteni.

b) *A testesült (embodied) kapcsolat* kategória azokat a kritikákat veszi figyelembe, amely a szexuális szokások (együttlétek száma/jellege) megváltozásával kapcsolatosak. Ennek egyik igazán fontos konklúziója, hogy a Viagra káros hatása a nem kívánt együttlétek számának megnövekedése volt. Ez abból a nyomásból eredt, miszerint a partnerek nem

---

<sup>291</sup> Potts A., Gavey N., et al.: *The Downside of Viagra: Women's Experiences and Concerns*. *Sociology of Health & Illness*, 25, 2003, 697-719. o.

<sup>292</sup> Ibid, 699. o.

<sup>293</sup> Ibid. 702. o.



akarták, hogy kárba vesszen a már bevett tableta. Emellett az intim együtt töltött idő döntő többségében akkor is a behatolással járó vaginális szexre korlátozódott, ha a nő ehelyett egyébként a szexualitás más formáját preferálta volna. Pottsék megfigyelték, hogy a nők többször érzékelték nyomást az általuk nem kívánt szexuális együttlétbe való beleegyezésre, amikor partnerük anélkül vette be a gyógyszert, hogy azt velük előre egyeztetette volna.<sup>294</sup> Azt gondolom, ezen a ponton is fontos felhívunk a figyelmet arra, hogy a Viagra önmagában véve egy értéksemleges orvostechikai eszköz, melynek megítélését alapjaiban befolyásolja a használatának körülményei. Ugyanakkor Potts-ék figyelmeztetése mindenképpen lényeges, vagyis hogy a szildenafil-citrát és a hozzá hasonló készítmények egyes esetekben alááshatják a kölcsönös beleegyezésen nyugvó szexuális együttlétek esszenciális értékét, vagyis a partnerek autonómiájának és méltóságának a kölcsönös tiszteletét. Azokban a patriarchális kultúrákban, ahol a nők társadalmi helyzete a férfival szemben kiszolgáltatott, a mesterségesen előidézhető erekció és a szexualitás szerepének felértékelődése a párkapcsolatban tovább mélyítheti a hierarchikus különbségeket is.

c) *A 'Viagra-kultúra' szociokulturális hatásai.* Katz és Marshall kapcsán az erektilis diszfunkció értékelésében már kitértünk rá, hogy a Viagra voltaképpen nem a „sex-for-life” kulturális elágazódását teremtette meg, amelyre az öregedés során az ember saját elhatározásából vagy rálép, vagy nem.<sup>295</sup> Mint azt korábban hangsúlyoztam, a technokrata társadalmakban a sikeres öregedés *feltétele* az életnek bizonyos funkcióinak (pl. fizikai aktivitás, kognitív képességek) megőrzése. Potts-ék vizsgálata jól tükrözi, hogy a Viagra néhány év leforgása alatt nem csak a férfiak, de a heteroszexuális párkapcsolatok gyakran kulturális okokból talán nehezebben észrevehető szubjektumának számára is normalizálta az élethosszig tartó szexuális aktivitás potencialitásból lett imperatívuszát. A normális öregedési folyamat kijelölése hiába a populáció egészét érintő elvárás, mely épp úgy vonatkozik a nőre mint a férfira, mégis az utóbbi az, akinek hatalmi pozíciója kifejezettebb. Potts végül abban konkludál, miszerint a Viagra szociokulturális hatása a társadalmi nemek közötti egyenlőtlenség elmélyítésében kimutatható.<sup>296</sup>

---

<sup>294</sup> Ibid. 703. o.

<sup>295</sup> Marshall-Katz, 2002, 43–70. o.

<sup>296</sup> Potts et al., 2003, 712. o.

### 3.4. A női szexuális diszfunkciók kortárs megítélése

A FSD medikalizációjával kapcsolatos szakirodalomban John Bancroft szexológus, a *The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction* egykori igazgatója egy fontos összefüggésre hívta fel a figyelmet arra a feltételezésre reagálva, hogy a nők bizonyos okokból kifolyólag mennyiségileg és minőségileg is más szexuális igényekkel rendelkeznek a férfiakkal összehasonlítva.<sup>297</sup> Érvelésében rámutat, hogy *a szexuális válaszkészség gátlásának nem csak társadalmi, hanem pszichofiziológiai okai is lehetnek*. A szerző egy másik írásában azt vizsgálta, hogy mi okozza azt, hogy hasonló ingerek hatására az egyik ember szexuális izgalmi, míg a másik gátló válaszokkal reagál.<sup>298</sup> Eredményeik tükrében azt a megállapítást tette, miszerint az egyének nagymértékben különbözhetnek a pszichofiziológiai hasonlóságaik ellenére. Fontos következtetésük az volt, hogy a gátló szexuális válaszok hátterében valamilyen adaptációs mechanizmus feltételezhető, ezért önmagában ezt a pszichoszexuális predispozíciót (vagyis a nők nemi vágyának csökkenését) nem szabad rutinszerűen diszfunkcióként megragadni. A kutatásba bevont személyek között nemi alapon szignifikáns különbség igazolódott azt vizsgálva, hogy melyik csoportban fordulnak elő gyakrabban a gátló szexuális válaszreakciók. Bancroft kutatási eredményét Bjorklund és Kipp evolúcióbíológiai és pszichológiai magyarázatára<sup>299</sup> támaszkodva azzal indokolta, hogy mivel a nők reprodukciós és gyermekgondozási szerepe jelentősebb, ezért a gátlómechanizmusok tehát nem csak társadalmi, de genetikai okokra is visszavezethetők, amelyek egészen más megvilágításba helyezik a nők szexuális magatartását, a frigiditást is beleértve.

Feltételezéseit tovább árnyalják a szexuális problémákkal szaksegítséget kérők között megfigyelhető nemi különbségek. Bancroft és Warner Skóciában, 1987-ben folytatott vizsgálatra hivatkozik, amelynek megállapításai alapvető nemi különbségekre mutattak rá: a szakemberhez forduló nők 47%-a, míg a férfiaknak mindössze 8%-a tett utalást a szexuális érdeklődés és/vagy az élvezet hiányára.<sup>300</sup> Egy 2020-ban készült közlemény is hasonló

---

<sup>297</sup> Bancroft J.: *The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution*. Arch Sex Behav 31, 2002, 451–455. o.

<sup>298</sup> Bancroft, J.: *Central Inhibition of Sexual Response in the Male: A Theoretical Perspective*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 23, 1999, 763–784. o.

<sup>299</sup> Bjorklund D. F., Kipp K.: *Parental Investment Theory and Gender Differences in the Evolution of Inhibition Mechanisms*. Psychological Bulletin, 120, 1996, 163–188. o.

<sup>300</sup> Warner, P., Bancroft, J., Members of the Edinburgh Human Sexuality Group: *A Regional Clinical Service for Sexual Problems: A Three Year Survey*. Sexual and Marital Therapy, 2, 1987, 115–126. o.

eredményekre hivatkozik, tekintve, hogy az alacsony szexuális vágy prevalenciáját nők esetében 7 és 46%,<sup>301</sup> míg a férfiak vonatkozásában 1 és 20%<sup>302</sup> között mérték.<sup>303</sup>

A hyperszexualitás<sup>304</sup> tekintetében ugyancsak kifejezett nemi különbségek kimutathatók. Egy a szexuális érdeklődést és viselkedéseket feltáró önbevalláson alapuló kérdőív eredményei szerint a nehezen kontrollálható szexuális magatartás férfiak esetében 12.0%-ot, a nők esetében pedig 6.8%-ot mutatott.<sup>305</sup> A hipo-és hyperszexualitással kapcsolatos gondolatainkat tovább árnyalja a szexuális fantáziákban megmutatkozó aránytalanság is. Meskó Norbert a prostitúció evolúcióbiológiai értelmezésében több vizsgálatra hivatkozva demonstrálja azt, hogy egyrészt a férfiak adott időszakra vetítve és általánosságban véve is több szexuális partnerre vágnak, valamint alapvetően elfogadóbbak az alkalmi szexuális kapcsolatok létesítésével kapcsolatosan.<sup>306</sup>

Mindezek tükrében nem okozhat meglepetés a *nimfomania* 1800-as években nőiségre kiépített medikalizációja sem, melyet egyszerre írtak le *túl aktív nemi életként*; a nemi életre irányuló *túlzott vágyként*; és *túlzásba vitt önkielégítésként* is. A „túlzott aktivitások” XIX. századi fokmérői egyszerre voltak a férfiek, a *nymphomaniacs* nők anyjai, az orvosok és a Viktoriánus társadalmak által megalkotott „természeti törvények” által konstruált naturalista nőkép, melyek közös inherens elvárása volt a férfi vágyainak megfelelő, de egyébként szexuálisan passzív magatartása is.<sup>307</sup>

Mindezek tükrében persze továbbra sem állíthatjuk, hogy könnyű lenne eldöntenünk, hogy a FSD patologizációja a medicina szükséges, vagy éppen túlzó és aránytalan lépése volt-e. Ha a szexuális élvezetek és a vágy maga is ilyen alapvető, pszicho-biológiai és evolúciópszichológiai tartalommal megtöltött nemi különbségeket mutat, miért lehetséges az,

---

<sup>301</sup> Brotto L. A.: *The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women*. Arch Sex Behav, 39, 2010, 221–39. O.

<sup>302</sup> Brotto LA. *The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Men*. J Sex Med. 7, 2010, 2015–30. O.

<sup>303</sup> Dawson S. J., Chivers M. L.: *Gender Differences and Similarities in Sexual Desire*. Curr Sex Health Rep 6, 2014, 211–219. o.

<sup>304</sup> Szorongással járó állapot, amelynek oka, hogy az egyén nem képes kontrollálni a túlzott mértékű szexuális tárgyú gondolatait, fantáziáit, vagy viselkedését.

<sup>305</sup> Långström N., Hanson R. K.: *High Rates of Sexual Behavior in The General Population: Correlates and Predictors*. Arch Sex Behav. 35, 2006, 37–52. o.

<sup>306</sup> Meskó N.: *Áruba bocsátott szexualitás. A prostitúció evolúciós eredete*. In: Gyuris P., Meskó N. Tisljár R. (szerk.): *Az evolúció árnyoldala. A lelki betegségek és az alternatív szexualitás darwini elemzése*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2014. 204. o.

<sup>307</sup> Groneman C.: *Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality*. Signs, (2) 19, 1994, 337–367. o.

hogy korunkban jellemzően diszfunkcióként ragadjuk meg a nők szexuális magatartásának természetéből fakadó egyéni különbségeket?

Bancroft munkásságának az FSD vonatkozásában talán legfontosabb érdeme, hogy rávilágított arra, hogy az alacsony libidó medikalizációja magában hordozza a csúszós lejtő (*slippery slope*) érvelési hibáit, hiszen az alacsony szexuális vágygal rendelkező nők azokban a helyzetekben is patológiakusnak tűnhetnek, amennyiben szexuális viselkedésük (tüneteik) egy alapvetően adaptív válaszreakcióra visszavezethető. „Érthető okokból a stressz, a depresszió, a jelentős fáradtság vagy a partner viselkedésében fennálló negatív vagy fenyegető motívumok folyamatos jelenléte a szexualitásra való fogékonyság adaptív gátlásához vezetnek.”<sup>308</sup> Sajnálatos módon ez a felismerés sokáig nem kellő hangsúllyal jelent meg a szakirodalmi és a laikusoknak szóló médiumokban sem és az orvosi és közvélemény részéről is jellemzőbb volt a női szexuális diszfunkciók redukcionista, sematizáló attitűdje. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy azokban az esetekben, amikor a betegség kánonjához tartozó tünetek egy adott időszak alatt együttesen fennálltak, rögtön elindultak azok az asszociációk, amelyek a személy medikalizációjához vezettek.

Bancroft kiváló példával szemlélteti, hogy az orvosi narratíva által hogyan fordulnak át a szexuális problémák és nehézségek szexuális diszfunkciókba. 1999-ben az Egyesült Államok lakosságának szexuális diszfunkcióiról szóló reprezentatív mintán végzett kutatási eredményeket jelentettek meg. A vizsgálat célja az egyes diszfunkciók prevalenciájának és prediktorainak felmérése volt. Konklúziójuk, hogy *a szexuális diszfunkciók az ezredforduló amerikai társadalmának népegészségügyi problémájának számított*. Ezek jellemzően nagyobb mértékben érintették a nőket (43%), mint a férfiakat (31%).<sup>309</sup> Bancroft élesen bírálta a cikk szerzőit azért, mert azok a közlemény számára a főbb megállapításaik között felértékeltek a statisztikai adatközlés nyers adatait. Ennek következményeként a kutatásban szereplő értékes következtetések, mint például a „szexuális diszfunkciók” mögött kimutathatók pozitív pszichoszociális prediktorok (pl. a korábban szerzett negatív szexuális élmények és az általános jóllét hiánya) is nem megfelelő súllyal jelentek meg.

Bancroft nem vonja kétségbe, hogy a nők között előfordulnak olyanok, akik *maladaptív* gátlási mechanizmusokkal találják szembe magukat, melyek súlyos mértékben akadályozzák őket a számukra kielégítő szexuális élet folytatásában. Ezek a személyek a

---

<sup>308</sup> Bancroft, 2002. 454. o.

<sup>309</sup> Ibid.

gyógyszeres intervenciókból potenciálisan profitálhatnak. Ebből kiindulva tehát a szakmaspecifikus kihívás a pszichoszexuális eredmények helyes interpretációjából kiépíteni azt a diagnosztikus eszköztárat, mely alkalmas lehet a szexuális problémával élők között megtalálni azokat, akiknek *iam primum* orvosi terápiára van szüksége.

Richard Moynihan 2003-ban valóságos darázsfészekbe nyúlt, amikor a *British Medical Journal* (BMJ) hasábjain az FSD-t a betegségárusítás tipikus példájának nevezte. Közleményének attitűdjét már az alcímben felvetett kérdés „*Az új zavart a kielégítetlen igények kielégítésére, vagy új gyógyszerek piacépítése céljából azonosították?*” is jól tükrözte. A szerzőnek az FSD definíciójának megalkotásával kapcsolatos egyik legfőbb kifogása az volt, hogy ennek folyamatában szinte csak és kizárólag olyan gyógyszercégek és szervezetek vettek részt, akiknek nyilvánvaló piaci érdekeltségük volt kimutatható egy a női szexuális diszfunkcióra specializált gyógyszer kifejlesztésében. (pl. a Viagra forgalmazója, a Pfizer) Rosmary Basson és a Moynihan által kritizált Sandra Leiblum pszichiáter-páros a BMJ következő lapszámban közölt válaszlevelükben kikérték maguknak, hogy „új mentális zavart” hoztak volna létre. Az FSD diagnosztikai hátterét megalapozó, 1997 és 2002 között lebonyolított hét olyan kongresszust, amelynek szponzorációjában gyógyszercégek is részt vettek, az *American Psychiatric Association* (APA) a nők szexuális egészségével kapcsolatos reflexivitásra törekvésként értelmezte. Ennek a folyamatnak, mint azt a szerzők hangsúlyozták, inherens részét képezték a női nemiség kontextualitását megteremtő szociokulturális tényezők is. A szerzők amellet érveltek, hogy a gyógyszercégek szponzorációja a XXI. században megkerülhetetlen sarokkövei a biomedicina diagnosztikai és kuratív irányzatainak fejlesztéséhez és nélkülük még a patomechanizmus feltárására irányuló kutatási projektek sem valósulhatnának meg.<sup>310</sup> Moynihan kritikája lezárásaként egy olyan definíciós alternatívát is idézett, amelynek klinikai alkalmazása az ő megítélése szerint is alkalmas lehet a farmakolizáció káros hatásainak mérséklésére. Ellyn Kaschak, a nők szubjektivitását előtérbe helyező meghatározása alapján a szexuális probléma nem más, mint „a szexuális élményekhez érzelmi, fizikális, párkapcsolati téren fűződő elégedetlenség”, amely az okok négy kategóriája által figyelembe veszi a (1) szociokulturális, vagy politikai-gazdasági; (2) párkapcsolati; (3) pszichológiai és végül (4) orvosi háttértényezőket is.<sup>311</sup>

---

<sup>310</sup> Basson R., Leiblum S.: *The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. Without Industry Funding Little New Research Will Be Possible*. BMJ (Clinical Research Ed.), (7390) 326, 2003, 658. o.

<sup>311</sup> Kaschak E., Tiefer L., (szerk.): *A New View of Women's Sexual Problems*. Binghamton, Haworth Press, 2001, 70. o. idézi Moynihan, 2005, 47. o.

Mára azt láthatjuk, hogy a klasszifikációs rendszerek nagyrészt konceptuális kereteik közé beépítették a szexuális diszfunkciókkal kapcsolatban megfogalmazott főbb kritikákat. A *Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve* (DSM-V) hangsúlyozza, hogy a diagnosztika kötelessége figyelembe venni az anamnézis felvételekor azt a tényt, hogy a vele szemben ülő egyént meghatározza a szociokulturális környezet, amelyből érkezett. Azokban a társadalmakban azonban, amelyekben a férfiak hierarchiai pozíciója észrevétlenül áthatja a párválasztási, gyermekvállalási, stb. kérdéseket, és a nő szubjektív élményvilágát is az androcentrizmus olvasatában értelmezi ez a figyelmesség önmagában véve nem elegendő ahhoz, hogy a FSD medikalizációja arányos maradjon. A kulturális problémák felismerése nem csak a pszichofarmakológiai ártalmak mérséklése érdekében szükséges, hanem a társadalmi változásokat támogató politikai szerepvállalás szükségességére motiváló figyelemfelkeltés miatt is. A DSM szerzői külön figyelmeztetnek arra, hogy ha a tünetek oka a „szociálisan deviáns viselkedés (pl. politikai, vallási, szexuális), és az [...] főképp az egyén és a társadalom között zajló konfliktusok[ból]...” ered, önmagukban ezek nem mentális zavarok „kivéve ha a deviancia vagy a konfliktus a személy diszfunkciójából fakad.”<sup>312</sup> A diagnosztikai kézikönyv legfrissebb verziója elméletileg összhangban van azzal, amire Bancroft és mindazok rámutatnak, hogy a szexuális egészség egy komplexebb jelenség annál, mintsem hogy azt leegyszerűsíthessük a neuroendokrin rendszernek, vagy a genitális szerveknek megfelelő (fajtipikus) funkcionalitására. Ezt jól példázza, hogy a DSM V-ben a „Női szexuális érdeklődés/készenlét zavara” diagnosztikai kategóriának leírása végén, a „Kizárási kritériumok” között pszichoszociális szempontok is szerepelnek. „Ha egy nő olyan szexuális diszfunkcióról számol be, ami jobban magyarázható nem szexuális mentális zavarral, *súlyos párkapcsolati problémával vagy más jelentős stresszorral* [kiem.: T. G.], vagy valamilyen szer/gyógyszer vagy más testi betegség hatásának tulajdonítható, a diagnózis nem adható.”<sup>313</sup>

Az *International Classification of Diseases 11* (ICD-11) is integrálja a nők szexuális diszfunkcióit, amelyek köszönhetően az ICD-11 új kiadásával harmonizálnak egymással. Míg az ICD-10 a szexuális diszfunkciókat egyfajta karteziánus dualista nézőpontból organikus és nem-organikus kategóriákra tagolta, ez a dichotóm reláció alapjaiban véve megváltozott a 2019-es frissítéssel. A 10. kiadással összehasonlítva, az ICD-11 fontos újítása, hogy a szexuális diszfunkciókat a 'Mentális-és viselkedészavarok' szekcióból egy ettől teljes

---

<sup>312</sup> Nussbaum A. M.: *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2013, 18. o.

<sup>313</sup> Ibid. 146. o.

mértékig függetlenített, új klaszterbe csoportosította, amely a „Szexuális egészséghez kapcsolódó állapotok”<sup>314</sup> kifejezést kapta.<sup>315</sup>

Mint eddig kimutattuk, az FSD medikalizációjával kapcsolatos kritikák visszatérő motívuma volt, hogy a nozográfia során és a klasszifikációs sémák megalkotásakor figyelmen kívül hagyták, hogy a szexualitás egy multifaktoriális életjelenség, melynek precíz megragadásához az olyan bio-pszicho-szociális együttthatókra is tekintettel kell lenni, mint a családi és kulturális hitrendszerek, a korai szexuális tapasztalatok, partner kapcsolatok minősége és a nőt akutan és krónikusan érő stresszorok jellege.<sup>316</sup> Az ICD-11 arra tekintettel készült, hogy a diagnosztikus kategóriák rendezése során kellő körültekintéssel alkosson meg egy integratív szemléletű sémát, mely a pszichológiai és fizikai faktorok egyesítését is magában foglalja. Mivel a mentális zavarok és betegségek a XXI. században is sok kultúrában stigmatizáló erővel bírnak, így üdvözölendő a mentális és testi betegségek konceptuális szétválasztásának megszűnése.<sup>317</sup> Soumya Parameshwaran azonban kiemeli, hogy ez paradox módon azt is eredményezheti, hogy szexuális problémákkal vélhetően egyre több nő jelentkezik majd az egészségügyi rendszerekben és ez kellő körültekintés nélkül (pl. etiológiai háttér biológiai redukcionizmusa) fokozhatja a medikalizáció egyes iatrogén hatásait.

Az ICD-11 további erénye, hogy a férfiak és nők szexuális diszfunkcióit is szétválasztotta. Ezt tekinthetjük egyfajta állásfoglalásként is, mely esszenciális értéket tulajdonít a rendellenességek háttérében meghúzódó nem-specifikus etiológiai különbségekre. Mindent összevetve az új kiadásnak az előzővel szemben mutatkozó legnagyobb eredménye, hogy már nem csak objektív mérőeszközökkel közelíti meg a nők normálisnak tartott szexuális funkcióit, hanem integratív szemlélete által a női szexualitás elégedettséget a fizikai (nemi) izgalomnak, a szubjektív érzelmeknek, pszichoszociális determinánsoknak sajátos kölcsönhatásaként közelíti meg.<sup>318</sup> A szexuális nehézségeket diszfunkcióként megragadó koncepcióhoz képest ez a lépés némiképp mérsékelheti a redukcionista orvosi gyakorlatot, amely figyelmen kívül hagyja a női szexualitás holisztikus megközelítését, ezáltal az ICD-11 strukturális változtatásait a de-medikalizációt erősítő változásként is megragadhatjuk.

---

<sup>314</sup> Hivatalos magyar fordítás még nem elérhető, így az ICD-11 diagnosztikus kategóriáit én magyarítottam.

<sup>315</sup> Parameshwaran S., Chandra P. S.: *The New Avatar of Female Sexual Dysfunction in ICD-11—Will It Herald a Better Future?* Journal of Psychosexual Health, (2) 1, 2019, 111–113. o.

<sup>316</sup> Ibid. 111. o.

<sup>317</sup> Corrigan P. W., Watson A. C.: *Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness*. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), (1) 1, 2002, 16–20. o.

<sup>318</sup> Parameshwaran-Chandra, 2019, 113. o.

#### **4. Részkonklúzió**

Az FSD demedikalizációjára irányuló törekvések két fő célját röviden tehát ezekben a pontokban foglalhatnánk össze: (1) Egyrészt a női szexuális egészségről lassan két évtizede folyó vita során szerzett idegtudományi tapasztalatoknak és kutatási eredményeknek (a több oldalról is igazolt bio-pszico-szociális integratív megközelítés etiológiai erényei) elméleti és gyakorlati implementálására van szükség, amely megreformálhatja a betegségosztályozási, diagnosztikai és kuratív gyakorlatokat. (2) Mivel a nők szexuális problémái nem leválaszthatóak az őket körülvevő szociokulturális környezetről, az őket jellemző fiziológiai sajátosságokról, ezért a „normális” szexuális élet differenciált megközelítésére van szükség. (3) Mivel a DSM-5 és az ICD-11 is az FSD etiológiájának nem-lineáris jellegét hangsúlyozzák, reflektorfénybe kerülhetnek a nem orvosi-fiziológiai, hanem szociokulturális okokból kialakuló szexuális problémák, végső soron a társadalmi egyenlőtlenségek problematikája is.

#### **5. A nő mint a szexuális egészség első számú felelőse**

##### **5.1. Fogamzásgátlási szokások szakirodalmi áttekintése**

Az Egyesült Nemzetek Szövetsége (ENSZ) minden évben közzéteszi a legfrissebb adatokra építő fogamzásgátlási szokásokat feltáró publikációját. A 2019-es adatokat összesítő legfrissebb kiadvány a világ 195 országából származó információt dolgozott fel. Az ENSZ elkötelezett amellett, hogy a világ lakossága életkoruknak, az általuk elképzelt családmódnak megfelelően olyan családtervezési döntést hozhasson, amely összhangban van a tájékozott beleegyezés doktrínájával. A világon 2019-ben hozzávetőleg 1.9 milliárd reprodukív korban lévő nő (15-49 év) élt. Közülük az ENSZ becslései szerint hozzávetőleg 922 millióan alkalmazták a fogamzásgátlásnak valamilyen formáját, és számításuk szerint közülük 190 millióan voltak azok, akik bár használtak volna fogamzásgátló eszközöket a nem kívánt terhesség elkerülésének céljából, ám ezek közül egyik modern típushoz (női



sterilizáció, vaszektómia, hormonális tabletta, hormonális injekció, hormonális implantátum, *intra uterin* eszköz [IUD], óvszer) sem fértek hozzá.<sup>319</sup>

Világviszonylatban a nők között a fogamzásgátlási célú sterilizáció (23.7 %, n=219 millió fő) rendelkezik a legmagasabb prevalenciával. Ezt követi az óvszeres védekezés (21.0 %, n=189 millió fő), majd a női hormonális fogamzásgátló tabletta (16.0 %, n=151 millió fő).<sup>320</sup> A következőkben az óvszerrel csak áttételesen foglalkozunk, így hát fordítsuk figyelmünket elsőként a fogamzásgátlási célú sterilizáció, később pedig a női hormonális fogamzásgátló tabletta irányába.

## 5.2. Fogamzásgátlási célú művi meddővé tétel bioetikai problémái

A nők családtervezési célzattal történő sterilizációja kevésbé képezi részét a medikalizációról szóló diskurzusnak, még kevésbé a feminista narratívával átszőtt szövegeknek. Hosszas keresés után mindösszesen csak egy, ám fontos szövegkörnyezetben találtam meg az elektív sterilizációt a medikalizációval összefüggésben. A *Women's Health Advocacy* weboldalán hozzáférhető egy plenáris előadás szöveges kivonata, amelynek témája a nők medikalizációja (*The Medicalization of Women*) volt és a *Hysterectomy Education Resources and Sources* (HERS) egyik konferenciáján hangzott el.<sup>321</sup> Az előadó kilétére sajnos nem derül fény, minden esetre rámutatott egy alapvető aránytalanságra, mely a férfiak ugyancsak fogamzásgátlási célú sterilizációs beavatkozása (vaszektómia) és a nők művi meddővé tétele között megfigyelhető. A vaszektómiára, mint partnerük permanens fogamzásgátlási módszerére az ENSZ adatközlése szerint a reprodukív korban lévő nők közül 1994-ben 43 millióan támaszkodtak, azonban ez a szám 2019-re 62.7 %-kal (!) 16 millió főre csökkent. A női sterilizáció ellenben az 1994-ben 195 millióra becsült nőről, 12.3%-kal, 219 millió főre emelkedett. Mindent összevetve az 1994-es tendenciához képes a női (13.7 %-ról 11.5 %-ra) és férfi sterilizáció (3.0%-ról 0.8%-ra) prevalenciái is egyaránt csökkenő tendenciát mutatnak.<sup>322</sup>

---

<sup>319</sup> UN: *World Contraceptive Use*. 2019. 1. o.

<sup>320</sup> A további adatokhoz V.ö.: UN, 2019, 3. o.

<sup>321</sup> Women's Health Advocate: *The Medicalization of Women*. Konferencia előadás.

<https://www.womenshealthadvocate.org/articles/the-medicalization-of-women/> Letöltés ideje: 2020. 08. 10.

<sup>322</sup> UN, 2019, 3. o.

Ahhoz, hogy megértsük, miért tekinthetjük bioetikai problémának a statisztikából kiolvasható aránytalanságot, fontos tisztáznunk a beavatkozások természetével kapcsolatosan néhány alapvető részletet. Elsőként fontos összehasonlítanunk a női és férfi fogamzásgátlási célú sterilizáció egészségügyi előnyeit és kockázatait, amit a könnyebb szemléltetés céljából táblázatos formába rendeztem. A férfiak és a nők esetében is azokat a műtéti eljárásokat választottam az összevetéshez, amelyek a legoptimálisabb kár-haszon aránnyal rendelkeznek a reprodukív életkorban lévő kliensek részére.

<b>No-Scapel-Vasectomy (minimál invazív)</b>	<b>Laparoszkópos sterilizáció (invazív)</b>
<b>Főbb Lehetséges Mellékhatások:</b> <sup>323</sup> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) haematoma</li> <li>(2) sebfertőzés</li> <li>(3) genitáliák diszkomfortja</li> <li>(4) rövid távú posztoperatív fájdalom</li> <li>(5) krónikus posztoperatív fájdalom (poszt-vaszektomia-fájdalom-szindróma)</li> <li>(6) fájdalmas ejakuláció</li> <li>(7) égési sérülések</li> <li>(8) mellékheregyulladás</li> <li>(9) 0.2%-os poszt-operatív fertilitás</li> <li>(10) megbánás</li> </ol>	<b>Főbb Lehetséges mellékhatások:</b> <sup>324</sup> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) haematoma (súlyosabb formában indokoltta teheti a méh egészének, vagy egy részének eltávolítását)</li> <li>(2) fertőzések</li> <li>(3) sérülések: húgyhólyag, húgyvezeték, bél, ér és bármely más belső szerv, amely halált is okozhat</li> <li>(4) bélműködés zavarai</li> <li>(5) hashártyagyulladás</li> <li>(6) vérrögösödés</li> <li>(7) haspuffadás</li> <li>(8) megbánás</li> </ol>
<b>Beavatkozás időtartama:</b>  8-10 perc <sup>325</sup>  <b>Anaesthesia:</b>  Lokális/Mérsékelt szedáció aneszteziológiai kontroll mellett	<b>Beavatkozás időtartama:</b>  Kevesebb, mint egy óra <sup>327</sup>  <b>Anaesthesia:</b>  Általános szedáció aneszteziológiai kontroll mellett

<sup>323</sup> Bhuyan K., Ali I., Barua S. J.: *Role of No Scalpel Vasectomy in Male Sterilization*. The Indian Journal of Surgery, (4) 74, 2012, 284–287. o.

<sup>324</sup> Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Osztály betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozata: [https://peterfykh.hu/attachments/article/57/Steriliz%C3%A1ci%C3%B3%20beleegyez%C5%91%20nyilatkozat\\_nem%20orvosi%20indik%C3%A1ci%C3%B3.pdf](https://peterfykh.hu/attachments/article/57/Steriliz%C3%A1ci%C3%B3%20beleegyez%C5%91%20nyilatkozat_nem%20orvosi%20indik%C3%A1ci%C3%B3.pdf) Letöltés ideje: 2020. 08. 12.

<sup>325</sup> Kumar V, Kaza R. M. et al.: *An Evaluation of the No-Scalpel Vasectomy Technique*. BJU Int., (3) 83, 1999, 283-284. o.

<b>Költségek:</b>  Alacsony  <b>Megbánás:</b> <5% <sup>326</sup>	<b>Költségek:</b>  Relatív alacsony  <b>Megbánás:</b> 12.7% <sup>328</sup>
---	---

A beavatkozástípusok közötti aránytalanság nem csak az invazivitás mértéke, de az iatrogén ártalmak tekintetében is szembevetendő. Ezek értékeléséhez hívjuk segítségül a modern angolszász bioetikai szakirodalom talán legnagyobb hatású korpuszát. A Tom L. Beauchamp és James F. Childress által 1979-ben megjelentetett, és azóta a hetedik kiadását élő *Principles of Biomedical Ethics* az elmúlt negyven évben számos kritikát kapott, ám mindezek ellenére is kijelenthetjük, hogy a modern bioetikai gondolkodás meghatározó paradigmájának számít. A principialista bioetika az ő értelmezésükben négy alapvetően nyugszik.

A „Ne árts” elve a hippokratészi tradicionális orvosi etikai tradícióra építve egyfajta konzekvencialista elvként értelmezendő, amely első sorban az optimális kár-haszon arányú beavatkozások elvégzésére jogosít fel.

A „jótekonyság elvének” pozitív megfogalmazása egyrészt tükrözi az orvos preventív kötelezettségeit (Előzd meg a rosszat, Szüntesd meg a rosszat; Tégy jót). A jótekonyság emellett ugyancsak az utilitarista etikai elméletekből következő hasznosság elvét is magában foglalja, melynek értelmében a naprakész tudományos ismeretekből kiindulva mindig az adott beteg sajátosságainak leginkább megfelelő, és a legjobb veszteség-nyereség arányú terápiát kell választani.

Az „igazságosság” elvét különböző megközelítésekben is interpretálhatjuk, melyet a dolgozat tartalmi és formai megkötetései nem tesznek lehetővé. Röviden annyit mondhatunk, hogy az egészségügyi rendszereknek és a bennük dolgozóknak törekedniük kell a transzparens allokációs mechanizmusok fenntartására és a diszkrimináció mentes, esélyegyenlőségen nyugvó ellátás megszervezésére.

---

<sup>327</sup> Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Osztály betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozata

<sup>326</sup> Bartz D., Greenberg, J. A.: *Sterilization in the United States*. Reviews in Obstetrics & Gynecology, (1) 1, 2008, 23–32. o.

<sup>328</sup> Ibid.

Beauchamp és Childress negyedik bioetikai alapelve a „beteg autonómiájának tisztelete”, amelynek tükrében az autonómnak tartott emberek autonóm döntéseit tiszteletben kell tartani, akár azokban az esetekben is, ha a páciens kérése egyértelműen ellentétes annak egészségügyi érdekeivel.<sup>329</sup> Mindezekre épül az úgynevezett tájékozott beleegyezés doktrínája, mely definíciószerűen „a beteg által adott önkéntes szabad és informált felhatalmazás az orvos által tervezett beavatkozás elvégzésére.”<sup>330</sup>

Megállapíthatjuk, hogy bár etikailag dilemmatikus erővel rendelkeznek azok a női és férfi sterilizációs beavatkozások, melyeknek választása elsődlegesen egy másik, kevésbé drasztikus (kevésbé invazív, potenciálisan reverzibilis) fogamzásgátlási alternatíva (pl. óvszer, fogamzásgátló tabletta, IUD, stb.) kiváltása, de az autonómia-centrikus bioetika lehetővé teszi, hogy az ember önmagának bizonyos fokú kárt okozzon, tekintettel arra, hogy a testi integritás megsértéséből egyéb, járulékos pszicho-szociális előnyök következhetnek. Az *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) 2011-ben kiadott ajánlása is amellet foglal állást, hogy amennyiben a fogamzásgátlási célú sterilizáció a cselekvőképességének birtokában lévő nő pressziómentes és átgondolt döntéséből ered, úgy aránytalan akadályozni ezeket a beavatkozásokat (még egyébként legitim) népesedéspolitikai, orvosi etikai alapon.<sup>331</sup>

Minden biostatistikai adatot mérlegelve két fontos megállapítást tehetünk: (1) nagyon úgy tűnik, hogy a fogamzásgátlásért, ezen belül is első sorban a nem kívánt terhesség elkerüléséért való felelősségvállalásban a nők szerepvállalása nagyobb a férfiakkal összehasonlítva. (2) A nők és férfiak sterilizációjának széles spektrumú összehasonlítása alapján megállapíthatjuk, hogy etikailag aggályos, hogy a sokkal kevésbé invazív, de olcsóbb, biztonságosabb és ugyanolyan hatásos vaszektomia ilyen alacsony számban fordul elő a permanens fogamzásgátlási technikát alkalmazó párok körében. A következőkben ennek az aránytalanságnak a magyarázatával foglalkozunk.

---

<sup>329</sup> Beauchamp T. L., Childress J. F.: *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). New York, Oxford University Press, 2013.

<sup>330</sup> Kovács, 2006, 130. o.

<sup>331</sup> FIGO: *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. FIGO House, London. 2015. 147-150. o.

### 5.3. Erkölcsi felelősségvállalás a fogamzásgátlásért

2011-ben egy amerikai főiskolán végzett kérdőíves vizsgálatban fiatal felnőtt nőket kérdeztek arról, hogy szerintük *elméletileg* kinek a felelőssége, hogy gondoskodjon a fogamzásgátlásról, és a *gyakorlatban* milyen tapasztalataik vannak erre vonatkozóan. A megkérdezett 326 főből 89.1% gondolta, hogy a védekezés a nő és a férfi közös felelősségének tárgya, ugyanakkor a valóságban ez a „közteherviselés” csak 51.8%-ban jellemezte saját párkapcsolataikat.<sup>332</sup> Egy másik tanulmányban az általuk vizsgált mintából arra következtettek, hogy a nők fogamzással kapcsolatos felelősségvállalásának pozitív prediktora között fontos tényező a kulturális konzervativizmus.<sup>333</sup> A fogamzásgátlás két elsődleges célja a nem kívánt terhesség és a szexuális úton terjedő betegségek elleni védekezés. A védekezésről szóló etikai diskurzust mégis inkább az előbbi tematizálja. 2019-ben a *British Medical Journal*-ben megjelent egy a férfiak vaginális szexuális együttlétekhez (*penis-in-vagina*, vagyis PIV) fűződő fogamzásgátlási tudatosságára és felelősségvállalására felhívó cikk, amelynek címe „*Towards responsible ejaculations: the moral imperative for male contraceptive responsibility*” egy igen felkapott Twitter-bejegyzésre utal. Gabrielle Blair, a poszt szerzője az összes nemkívánt terhesség okát a férfiak felelőtlen ejakulációira vezeti vissza.<sup>334</sup>

A BMJ-ben közölt cikk bioetikus szerzője, Arianne Shahvisi amellet érvel, hogy a fogamzásgátlási szokások egyenlőtlenségének oka nagyrészt a „gendered” társadalmi normákra vezethető vissza. Ennek oka, hogy a felelősség aszimmetrikus jellege nem pusztán a biologikumból, hanem a társadalmi normákból a *sex*-re rakódott felelősségből következik.

A gyermekvállalásért való felelősségvállalás kérdése a nyugati kultúrkörben tradicionálisan a férfiak szabadságához kapcsolódott. Az abortusz történetében is évszázadokon átívelt az a gondolat, mely szerint a nő döntési szabadságát a férfi hierarchikus fölényére hivatkozva korlátozni kell. Arisztotelész a racionalitásért felelős lélekrész hiánya

---

<sup>332</sup> Brunner H. L. R., Ersek J.L.: *Perceptions of Contraceptive Responsibility Among Female College Students: An Exploratory Study*. Ann Epidemiol, (3) 21, 2011, 197-203 o.

<sup>333</sup> Sable M. R., Havig K., Schwartz L. R., Shaw, A.: *Hispanic Immigrant Women Talk About Family Planning*. Affilia, (2) 24, 2009, 137–151. o.

<sup>334</sup> „all unwanted pregnancies are caused by the irresponsible ejaculations of men. [...] Pregnancies happen when men have an orgasm. Unwanted pregnancies happen when men orgasm irresponsibly. [...] Think of abortion as the “cure” for an unwanted pregnancy. To stop abortions, we need to prevent the “disease”—meaning, the unwanted pregnancy itself. And the only way to do that is by focusing on men, because irresponsible ejaculations by men cause 100% of unwanted pregnancy.”

miatt a nőiséget egyfajta deformitásként értelmezte. Tézise szerint a reprodukcióért való biológiai felelősség a férfihez kapcsolódik, amelyhez a nő csak passzívan asszisztál. Az erre építő kultúra „a női testet olyan *dolognak* (kiem.: T. G.) tekintette, amelyet a férfiak használhatnak, és amely feletti rendelkezés inkább a férfi joga, mint a nőé magáé.”<sup>335</sup> A probléma egyik része, hogy a nőknek a fogamzásban és várandósságban játszott biológiai szerepekörét igazoló biomedicina ezt az aránytalanságot nem kiegyenlítette, hanem paradigmátikusan eltolta a nők irányába.

Bár a XX. század közepére a férfiak jogai „elillantak” és a legtöbb demokratikus országban a gyermekvállalásról szóló végső döntése *de jure* is átkerült a nők jogkörébe, ezzel egy időben azonban a reprodukcióhoz kötődő felelősség valamennyi vetülete túlzó aránytalansággal, kizárólagosan a nők vállára nehezült.<sup>336</sup> Ennek oka, hogy mivel a PIV együttlétek minden modern fogamzásgátlási igyekezet ellenére is magukban hordozzák a fogamzás csekély esélyét, a közvélekedés szerint a nők minden egyes PIV szexuális aktussal a nem kívánt terhességgel járó következményekért is erkölcsi felelősséggel tartoznak.<sup>337</sup> Az abortusz etikai mélységéről szóló diskurzust Judith Jarvis Thomson gondolat kísérlete alapozta meg az 1970-es években. Ez a filozófiai eszköz kifejezetten alkalmas az összetett morálifilozófiai dilemmák megvilágítására és a viták felkorbácsolására is. Vélhetően Shahvisi is ebből a célból választotta a férfiak fogamzásgátlási szerepének megvilágításához a gondolat kísérlet módszerét, amely az ő értelmezésében így szól:

„Képzeld el egy betegséget, amire csak a nők fogékonyak, és aminek egyedüli vektorai (fertőzést hordozó ágensei –T. G.) a férfiak. A betegség az ember önmegvalósításának fontos részét képező intim társas érintkezés útján terjed. Ha a nő elkapja a betegséget, 9 hónapon át beteg lesz, hacsak nem veti alá magát egy kezelésnek, ami drága, súlyos és esetenként műtéti beavatkozást igényel. Maga a fertőzés is olyan veszélyekkel jár, mint görcsök, diabétesz, vérzés, hátfájdalom, fáradékonyság, emésztési zavarok, vizelettartási nehézségek, mélyvénás-trombózis, fejfájások, magasvérnyomás, gyomorrontás, hányinger, aranyér, visszértágulat, alvászavar, mentális problémák és halálozás. Valószínűsíthetően befolyásolja a nő munkavégzési képességét és diszkriminációt is tapasztalhat. Számos módon megakadályozható, hogy a nők elkapják a betegséget. (1) A nők távol tartják magukat attól a

---

<sup>335</sup> Kovács, 2006, 298. o.

<sup>336</sup> Shahvisi, 2020, 329. o.

<sup>337</sup> V.ö: Thomson J. J.: *A Defence of Abortion*. Philosophy & Public Affairs, (1) 1, 1971, 47-66. o.

tevékenységtől, amely az önmegvalósítás fontos része; (2) A nők védőfelszerelést használnak, a rizikócsökkentés érdekében hosszú távon gyógyszereket szednek, vagy védőfelszerelést adhatnak a férfiaknak; (3) A férfiak mindig maguknál hordják védőfelszerelésüket és használják is azokat; (4) A férfiakat beoltják a betegséggel szemben, így nem lesznek képesek a nőket megfertőzni.”<sup>338</sup>

Bár elsődlegesen a nem kívánt terhesség testi, lelki és szociális értelemben is leginkább a nőket terheli (véltetően olyan mértékben, amit szociokulturálisan azonban mérsékelni lehetne), az így kialakult helyzet ugyanakkor a biológiai apa számára is egzisztenciális kihívást jelent. Shahvisi ezért amellet érvel, hogy ha arányba állítjuk egymással az egyébként nem tervezett gyermekről való élethosszig tartó gondoskodás pszichoszociális és morális felelősségét a fogamzásgátlásért való felelősséggel, akkor látható, hogy már kevésbé tűnik rigorózusnak a kontraceptív-gyakorlat elsődleges teherviselőjévé a férfit megtenni. Állításának igazolásához a szerző egy további hipotetikus eszközt hív segítségül, mégpedig John Rawls „tudatlanság fátyla” című gondolat kísérletét.<sup>339</sup> Az erkölcsi felelősség eldöntésében fontos momentum a helyzet minél objektívebb megítélését lehetővé téve elkendőzni az esetlegesen torzító szubjektív tényezőket, vagyis az elfogultságot. A PIV szexuális együttlét a nem kívánt terhesség képében kimutathatóan nagyobb biopszichoszociális kockázatot jelent a nők számára, a fogamzásgátlási eszközök tartós használatából fakadó iatrogén ártalmakról nem is beszélve. Mindezek amellet szólnak, hogy az igazságosságnak, mint az előnyök és hátrányok racionalizált elosztásának helyreállítása érdekében lépéseket kell tenni a férfiak fogamzásgátlási kultúrájának megváltoztatása és lehetőségeinek spektrumának kiszélesítése érdekében.

Etikailag azok a legkevésbé aggályos fogamzásgátlási technikák, amelyek lehetőség szerint alacsony mellékhatás-spektrummal rendelkeznek, könnyen hozzáférhetőek és potenciálisan reverzibilisek. A szakirodalom ezeket *long-acting-reversible-contraceptive* (LARC) eszközöknek nevezi. A felelősségteljes ejakuláció morális imperatívuszának kidolgozása során Shahvisi tulajdonképpen a férfiak számára kifejlesztés alatt álló hormonális fogamzásgátló eszközökben (tabletta, injekció, krém) látja az egyik megoldást és elveti a vaszekatómiát, mint ezzel összeférhetetlen és kvázi irreverzibilisnek tartott „súlyos műtéti

---

<sup>338</sup> Shahvisi, 2020, 331. o.

<sup>339</sup> Ibid. 332-333. o

beavatkozást.”<sup>340</sup> Ez azonban tudattalanul is fenntartja a nemek között megfigyelhető aránytalanságot is, ami inherensen együtt jár a fogamzásgátlási célú művi meddővé tétellel, vagyis a világ leggyakrabban alkalmazott fogamzásgátlási technikájával, amely egy invazív, általános altatást igénylő, laparoszkópos műtét. Korábban rámutattam, hogy milyen nem-specifikus procedurális és poszt-operatív kockázatok társulnak a beavatkozáshoz. A műtétek reverzibilitásáról azonban még nem szóltam, amely tovább árnyalja a fogamzásgátlásért vállalt erkölcsi felelősség kérdését is. A nők esetében a fertilitási képesség helyreállítását alapvetően befolyásolja az alkalmazott technika. *Ez azért probléma, mert a műtét kivitelezésekor paradox módon egyszerre van jelen az orvosnak az az erkölcsi kötelessége, hogy a petevezetékek átjárhatatlanságát úgy biztosítsa, hogy az esetleges későbbi helyreállítási igényeknek is minél jobban megfeleljen.* A helyreállító műtét sikerességét mindkét nem esetében számos tényező befolyásolja, ugyanakkor nők esetén 55.5 %, férfiak esetén pedig 76%-os eséllyel dokumentáltak fogamzást, amennyiben a sterilizáció és a helyreállító műtét között eltelt idő nem haladta meg a férfiak esetén 3, a nők esetén pedig az 5 évet.<sup>341</sup>

Bár a szerző gondolatait gyümölcsözőnek tartom, rá kell mutatnunk néhány alapvető konceptuális problémára is.

(a) Nem feltételezhetjük, hogy a fogamzásgátlási szokások, beleértve a felelősségvállalás kérdését is csak és kizárólag egy a férfiak számára kifejlesztett hormonális fogamzásgátló tabletta piaci megjelenésének hatására drasztikusan megváltozna. Az ejakulációhoz tartozó morális felelősség kiépítésére a fogamzásgátlás modernkori történelméből kiindulva hosszú éveket kell várnunk. Ezért azokra az alapvető társadalmi nemi igazságtalanságokra is (áthidaló) megoldást kell keresni, mint a női és férfi sterilizáció között megfigyelhető aránytalanság. John Rawls méltányosságként felfogott igazságosság koncepciójából származó következtetések nem csak a fogamzásgátlással általánosságban, de partikulárisan a művi meddővé tétel vonatkozásában is irányadóak. Tekintettel a lehetséges kockázatokra és mellékhatásokra, az invazivitás mértékére, a műtéti helyreállítás siker rátáira, valamint a globális viszonylatban is jelentős társadalmi nemi alapú diszkriminációra, etikailag nehezen igazolható, hogy azonos cél érdekében (nem kívánt terhesség elkerülése) az invazívabb, veszélyesebb, költség és időigényesebb alternatívát (női művi meddővé tétel)

---

<sup>340</sup> Ibid. 333. o

<sup>341</sup> Karayalcin R., Ozcan, S. et al.: *Pregnancy Outcome of Laparoscopic Tubal Reanastomosis: Retrospective Results From a Single Clinical Centre.* The Journal of International Medical Research, (3) 45, 2017, 1245–1252. o.



favorizáljuk. A tudatlanság fátyla hipotetikus scenárió a fogamzásgátlás medikalizációjának konceptuális problémáinak felismerésére mindezek alapján kiválóan alkalmas eszköz.

(b) A férfiak és nők felelősségvállalását a fogamzásgátlásért a szerző leegyszerűsíti a nem kívánt terhességek elkerülésének céljára, ugyanakkor a felelősségteljes szexuális magatartás egy ennél jóval komplexebb fogalom, mely magában foglalja a szexuális úton terjedő betegségek (STI) elkerülésének szándékát is. Tekintettel arra, hogy csak az Egyesült Államokban egy évben 20 millió új STI-t regisztrálnak, amelynek fele a 15-24 éves korosztályból kerül ki,<sup>342</sup> még sürgetőbb, hogy a férfi fogamzásgátlási felelősségének tárgykörét ne fragmentáltan, hanem a téma komplexitásában ragadjuk meg. Amellett, hogy így nem választjuk szét egymástól az egy ugyanazon szexuális magatartással (PIV) összefüggő rizikókat (nem kívánt terhesség és STI), a társadalmi nemek között megfigyelhető egyenlőtlenségekre is rámutathatunk. Tehát a nem szándékosan vállalt gyermek, vagy éppen a nem akaratlagosan tovább adott szexuális fertőzés példáin keresztül a kauzális szerepek tisztázásával és a „Másiknak” potenciálisan előidézhető egzisztenciális kihívások tudatosításával a felelősségvállalás és az empátiás készségek fejlesztését is elősegíthetjük.

### **5.3.1. Aránytalan kontraceptív felelősség mint a nők objektifikációjának modernkori eszköze**

A fogamzásgátlási felelősség aránytalanságát érő kritika a társadalomfilozófia kantianus gyökereiből kiindulva integrálja magába Martha Nussbaum *objektifikációs* (*objectification*) tézisének és a poszt-modern feminista tárgyasításelméletek legfontosabb felismeréseit is.<sup>343</sup> Amennyiben tehát abból a kantianus téziséből indulunk ki, miszerint a szexuális aktus során a vágy irracionális természetéből fakadólag a férfiak és nők egyszerre tárgyasítanak és tárgyasulnak is, nem láthatunk esszenciális nemi (*gender*) különbségeket. Nussbaum érdeme, hogy pontosítja Kant tézisének és a nemek között megfigyelhető axiológiai különbségekre alapozva amellet érvelt, hogy az objektifikáció *gender*-specifikus jelenség.<sup>344</sup> Ezt az aránytalanságot kulturális antropológiai aspektusból Carolina Heldman és Lisa Wade

---

<sup>342</sup> Shannon C. L., Klausner J. D.: *The Growing Epidemic of Sexually Transmitted Infections in Adolescents: A Neglected Population*. Current Opinion in Pediatrics, (1) 30, 2018, 137–143. o.

<sup>343</sup> Nussbaum, M. C.: *Objectification*. Philosophy & Public Affairs, 24, 1995, 249-291. o.

<sup>344</sup> V.ö.: Papadaki E.: *Feminist Perspectives on Objectification*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2020 Edition), Zalta N. E. (szerk.)

tézisére támaszkodva szemléltethetjük. A szerzők mellett érvelnek, hogy korunkban a nyugati országokban élő 18-22 éves heteroszexuális, felsőfokú tanulmányaikat folytató személyek az úgynevezett „hook-up culture” aktív részesei, mely az objektifikáció kontextusát létrehozza. Ez definíciószerűleg olyan alkalmi szexuális kapcsolatokat jelent, melynek célja nem a társkeresés, és a kapcsolati elköteleződés perspektívája sem jellemzi.<sup>345</sup>

A nők bekerülési esélyei a felsőoktatásba napjainkban sokkal jobbak, mint az 1970-es évek előtt, köszönhetően az emancipatorikus mozgalmaknak. Ennek hatása, hogy 2007-ben az Egyesült Államokban felsőfokú tanulmányokat folytató diákok 57%-a nőnemű volt és ezzel egy ütemben a férfiak részvételi aránya is stabilan esik az 1980-as és 1990-es évek óta.<sup>346</sup> Mint arra Heldman rámutat, a korábbi viszonyokhoz képest manapság ezekben a mikroközösségekben az alacsonyabb számban jelen lévő férfiakért nagyobb „küzdelem” folyik, vagyis azokat a szexuális szkripteket és normákat, melyek az egyetemi életben elfogadottak, a válogatási lehetőségük által kedvező helyzetbe került férfiak is befolyásolják. „Ennél fogva a szexuális és érzelmi intimitásra vágyó nők legjobb esélye akkor van, ha részt vesznek a *hook-up-culture*-ben.”<sup>347</sup> Bár a szexuális objektifikáció egy igen összetett jelenség, melyet nem egyszerűsíthetünk le csak és kizárólag nemi különbségekre, azonban az alkalmi szexuális kapcsolatok igazolhatóan nagyobb számban fordulnak elő fiatal felnőtt férfiak között.<sup>348</sup> Mindezekre tekintettel a nők esetében következtethetünk arra, hogy magasabb arányban fordulnak elő a tárgyiasító tendenciák is.

#### 5.4. A hormonális fogamzásgátló tabletták evolúciója

A nőknek mint a fogamzásgátlás elsődleges alanyainak medikalizációjához a hormonális fogamzásgátló tabletták is szervesen hozzájárultak. Az 1960-as és 1970-es évek közötti piaci megjelenésüket értelmezhetjük a *reprodukciónak feminizációjaként* is, amelynek mint azt az előzőekben bemutattam, egyik fontos következménye volt a fogamzásgátlásért való felelősségvállalásban kialakuló nemi aránytalanság. A következőkben amellel szeretnék

---

<sup>345</sup> Heldman C., Wade L.: *Hook-Up Culture: Setting a New Research Agenda*. Sex Res Soc Policy 7, 2010, 323–333. o.

<sup>346</sup> Ibid. 328. o.

<sup>347</sup> Ibid. 328. o.

<sup>348</sup> Lyons H. A., Manning W. D. et al.: *Gender and Casual Sexual Activity From Adolescence To Emerging Adulthood: Social and Life Course Correlates*. Journal of Sex Research, (5) 52, 2015, 543–557. o.

érvelni, miszerint a fogamzásgátlás medikalizációjának során a fogamzásgátló tabletták funkcionális céljukat meghaladva úgynevezett „*life-style-drug*”-ok lettek. Mint korábban kifejtettem, a „*life-style-drug*” kifejezés 1978 óta része a szakirodalomnak és azokat a gyógyszereket írja körül, melyek az egyén életminőségét hivatottak megkönnyíteni azáltal, hogy kevésbé súlyos állapotokat kontrollálnak. A terminus szinonimáiként használatosak továbbá a „kozmetikai”; „teljesítményfokozó” (*enhancement*); és „rekreációs” jelzők is.<sup>349</sup>

A fogamzásgátló tabletta a Viagra és a Propecia szisztémájához hasonló kampányok segítségével vált a betegségárusítás (*disease mongering*) igen sikeres példájává. Joggal merülhet fel bennünk a kérdés, hogy míg az erektilis diszfunkció és a kopaszodás esetében egyértelmű, hogy milyen „rendellenességek árusítása” történik, a fogamzásgátló tabletta vonatkozásában ez azonban kevésbé látható. A fogamzásgátló tabletta medikalizációja mögött két egymással szorosan összekapcsolódó értékítéletet kell felismernünk. Elsőként azt, mely a patriarchális szemléletből fakadólag a nőt egy a nem kívánt terhességnek (mint betegségnek) kitett, tökéletlen létezőként láttatja. Mint Shahvisi érvel, ennek az a különlegessége, hogy nem a férfit, vagyis a nem kívánt terhességet részben „okozó” felet, hanem a nőt teszi meg patológusnak, akiben a sejtosztódás aztán megkezdődik. Ez azonban egy önkényes, az androcentrikus értékekből szárbaszökő és értékterhelt koncepció. Minek a képét ölti magára ennek fényében a gyógyszer? A fogamzásgátló tabletta képes ennek a veszélynek (vagyis betegségnek) a mérséklésére, és a tökéletlen női test mechanikus helyreállítására.<sup>350</sup> A hormonális fogamzásgátló tabletták betegségárusítása tehát az epidemiológiailag ugyancsak jelentős „kórkép”, vagyis a nem kívánt terhesség tükrében értelmezhető.

A hormonális fogamzásgátló tabletták nem annyira összetevőikben, semmint marketing-stratégiáik tekintetében változtak az elmúlt 30 évben. Az 1960 és 1980 közötti időszakban a gyógyszercégek szinte kizárólag a termékek születésszabályozási célú felhasználást hangsúlyoztak. Megjelenési felületük korlátozott volt, hiszen a vállalatoknak *direct-to-consumer* marketing eszközeit szinte az egész világon tiltották és tiltják ma is. Az angolszász országokban az 1990-es évek azonban a gyógyszercégek kommunikációjában és a marketing egészében alapvető változásokat hozott. A születésszabályozás kikerült a termékek

---

<sup>349</sup> Watkins E. S.: *How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960*. American Journal of Public Health, (8) 102, 2012, 1462–1472. o.

<sup>350</sup> Shahvisi, 2020, 329. o.

reklámozásának fókuszpontjából és helyét átvették a kvázi mellékhatásként megfigyelhető másodlagos, pl. dermatológiai előnyök (pattanásos bőr javulása).<sup>351</sup>

Ezt az átalakulást Watkins többek között az *Ortho Try-Cyclen* tablettának az 1990-es évekből származó reklámképével illusztrálja, mely nem csak írott formában, de egyperces reklámfilmjében is a készítmény szekunder hatásait ecsetelte. A nyomtatott változat az alábbi szöveggel jelent meg: „Ha úgy döntesz, hogy tablettát szedsz, miért ne azt választanád, ami klinikailag igazoltan egyedül alkalmas arra is, hogy a bőröd is jobban nézzen ki?”<sup>352</sup> A televíziós reklámfilmben három magabiztos, felső-középosztálybeli barátnő csevegése során derül fény azokra a másodlagos hatásokra, melyeket a reklámban szereplő hölgyek külön előnyként kiemeltek. A Bayer gyógyszercég által forgalmazott *Yaz* és *Yasmin* hormonális fogamzásgátló tablettákat a „*Feel well, look well*” szlogennel népszerűsítik, többek között a premensturációs szindrómától és az aknés bőrtől való megszabadulás perspektíváit is megemlítve.<sup>353</sup> Amint a piacon egyre több szereplő megjelent, kiéleződött a fogyasztókért folyó verseny is, amely nem élénkítette a tudományos bizonyítékokon alapuló információátadást. A gyógyszercégek (akárcsak a *Viagra-Levitra-Cialis* reklámstratégiái esetében láttuk) a termékük egyedi jellegének hangsúlyozásával próbálták célcsoportjukat meggyőzni. Az erektilis diszfunkció és kopaszodás példáival némiképp ellentétes, hogy a hormonális fogamzásgátlókat alkalmazó nők a gyógyszert nem terápiaként, hanem preventív okok miatt szedik.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a hormonális fogamzásgátló szerek reklámstratégiákban jól kivehető az a fordulat, amelynek során a készítmények eredeti célja mellé/annak helyére, kozmetikai célok társultak. Ennek fényében az igen népszerű hormonális fogamzásgátló tablettát nem csak és kizárólag terápiás célú gyógyszerként, de „*life-style-drug*”-ként is megragadhatjuk.

## 6. A női szépség medikalizációja

A következőkben az esztétikai plasztikai sebészet női szépségre gyakorolt medikalizációs hatását szeretném összefoglalni. Az Egyesült Államokban évente megjelenik a

---

<sup>351</sup> Watkins, 2012. 1464. o.

<sup>352</sup> Ibid. 1464. o.

<sup>353</sup> Ibid. 1469. o.

kozmetikai és helyreállítási célú plasztikai sebészeti beavatkozásokat összesítő kimutatás. A dolgozat beadásának időpontjában rendelkezésre álló legfrissebb statisztika a 2019-es adatokat mutatja be. Ebből kiderül, hogy a vizsgálati évben összesen 18.1 millió esztétikai és 5.9 millió rekonstrukciós plasztikai beavatkozást végeztek. Az előző évvel összevetve a plasztikai célú eljárások 2%-kal, míg a rekonstrukciós műtétek 1%-kal emelkedtek. A legtöbb invazív beavatkozást a mellek implantátumokkal történő megnagyobbítása (*breast augmentation*) jelenti, amely bár 4%-kal elmarad a 2018-as adatokhoz képest, de így is 299 715 műtétet jelent.<sup>354</sup> A 2000-es évvel összehasonlítva az invazív plasztikai sebészeti eljárások 5%-kal csökkentek, azonban a minimál-invazív kezelések (pl. A-típusú botulinum toxin, lézeres arcfiatalítás, stb.) jelentősen, az ezredfordulóhoz képest 237%-kal (!) emelkedtek.

A kozmetikai célú plasztikaisebészetet a női szépség medikalizációjának intézményesült eszközeként kell megragadnunk. Ennek oka, hogy az invazív és non-invazív beavatkozások alárendelődnek a szépségnek, mint szociokulturális fenoménnek, annak is elsősorban a XXI. századi angolszász társadalmakra jellemző narratívájába ágyazottan. A szépség mint esztétikai-filozófiai fogalom a nyugati filozófiatörténet egészére nézve meghatározó. Mint végső *érték*, áthatja az ókori görög filozófiát és etikát. Mint irracionális *értékítélet*, esztétikai jelentőségű fogalomként alapjaiban véve befolyásolja a kanti szubjektivitást. Jelen vizsgálódás keretei között a szépséget *erkölcsi érték*ként határozom meg, amely *per definitionem* egy adott historiko-szociális sajátossággal rendelkező közösség szükségleteinek ideális kifejeződését jelenti.

Az angolszász kultúra a szépség tekintetében más és más elvárásokat állít a nők és férfiak elé, azonban a következőkben hangsúlyozottan csak a női szépségére koncentrálok. A szépség egy medikalizációra alkalmas fenomén, hiszen beilleszthető abba a dichotóm értékpozíciókra építő logikába, amit a korábban vizsgált állapotok kapcsán is kimutattunk. Ennek működési elve, hogy a társadalom valamely tömegtapasztalatát a hatalmi fölényben lévők számára kedvező társadalmi értékek felhasználására építő normalitás és abnormalitás narratíváiba ágyazzuk. Demonstráljuk ezt egy példán keresztül. A medikalizáció kiforgatta és üres frázissá tette a „szerelemnek múltnia *kell*” szövegét, hiszen a „*sex-for-life*” kurzusnak öregedés-elutasító narratívájában ma már inkább azok a férfiak kapnak patológus színezetet,

---

<sup>354</sup> A további beavatkozás típusok sorrendben, mennyiséggel, százalékos változással az előző évvel összehasonlítva: 2. zsírleszívás (265 209, +3%); 3. szemhéjplasztika (211 005, +2%); 4. orr átalakítása (207 284, -3%); 5. arcplasztika (123 685; +2%)

akik a tovatűnő szexualitás tömegtapasztalatába a hatékony gyógyszer ellenére is beletörődnek. A szépség a fogaskereknek ugyanilyen mozgása által került a medikalizált életterületek közé. Mivel a szépség erkölcsi érték, morális értelemben olyan valami, amiért tennünk *kell*, így azt a modernkori társadalom nőképeknek vízvázasztó attribútumának tekinthetjük.

A feminin értékek a maszkulinitás inverz értékeiből, vagyis a törékeny, légies szépségből gyökereznek. Ideológiailag hiába erősen terheltek, ezek olyan valóságtapasztalatként szolgálnak, amelyek a XXI. század női identitásképzésének megkerülhetetlen részei. A szépség elvesztése pedig olyan valami, ami ellen úgy érezhetjük, ugyancsak tenni kell. Némiképp mára már közhelyesnek számít, de ezt az állítást jól alátámasztja, hogy a fizikai megjelenés többek között a nők munkaerőpiaci lehetőségeit is számottevően befolyásolják.<sup>355</sup>

Az öregedés medikalizációjából következik, hogy a folyamat során nem csak a testi működéseink teljesítményvesztésének tapasztalata, de külső megjelenésünk átalakulása is normatív hozadékkal jár. Próbáljuk meg feldolgozni ezt a változást fenomenológiai nézőpontból. Azt állítjuk, hogy az öregedés tapasztalata nem csak esztétikai, hanem normatív kérdés. Bár az öregedéshez sokszor nem társul hozzá észrevehető fájdalom, vagy funkcióvesztés és a folyamatossága által nem észlelhető egyik pillanatról a másikra, de mindezek ellenére, akárcsak a betegséget, egzisztenciális értelemben véve határtapasztalatként értelmezhetjük. A következőkben tehát arra keressük a választ mit jelent az öregedő női test egzisztenciális fenomenológiai tapasztalata.

## **6.1. A szépség elvesztésének fenomenológiai tapasztalata**

Edmund Husserl filozófiai érdeklődését a matematika számfogalma keltette fel, amiről az 1891-ben megjelent első művének, a *Pszichológiai és logikai vizsgálódások* alcíme, vagyis *Az aritmetika filozófiája* is árulkodik. Későbbi munkásságát is lényegileg meghatározta a pszichologizmus kritikája, melyről nem tudta elfogadni, hogy az ember kognitív szférájának minden magyarázatát ebben a diszkurzív környezetben kell keresnünk. Episztemológiai

---

<sup>355</sup> Shahani-Dennig C.: *Physical Attractiveness Bias in Hiring: What is beautiful is Good*. Hofstra Horizons, 1, 2003, 15-18. o.

értelemben emellett elismerte a pszichológia narratívájának létjogosultságát, és legitimnek tartotta, hogy az *ítélés aktusa* kapcsán pszichofizikai összefüggéseit általa vizsgáljunk. Ullmann Tamás ugyanakkor hangsúlyozza, hogy Husserl filozófiájának sajátosságát éppen abban kell látnunk, hogy a pszichologizmustól elválasztotta az *ítélet tartalmát* és amellett érvelt, hogy ez sehogy sem illeszthető bele az empirizmus esetében működőképes „téridőbeli kauzális összefüggések rendjébe.”<sup>356</sup> *Intencionális aktus, intencionális tartalom* (mint ideális tartalom) és *intencionált tárgy* között alapvető különbségek vannak, ám ezek együttesen hozzák létre azt, amelyet Husserl „intencionális élménynek” nevez. Ez a konceptuális stratégia a tudat természete szempontjából együttjár egy kardinálisan fontos következtetéssel. *Az ember értelemadás útján észleli a világot.* „[A]z intencionalitás közvetlen viszony tudat és tárgy között, a tudat ugyanis mindig valaminek a tudata (*Bewusstsein von...*), vagyis a tudat soha sincs tárgy nélkül, ahogy a tárgy sem értelmezhető a rá irányuló tudataktustól függetlenül.”<sup>357</sup> Ez egy olyan közvetlen viszony, ami leszámol a megismerési aktus dichotóm jellegével, hiszen szigorúan különbözik az újkori tudatfilozófiák leképezés-mechanizmusától: tudatrepresentációink nem az ideák által közvetítve leképezik a világot, hanem az intencionális viszonyon keresztül közvetlen értelemadással jelenítik azt meg.

Pintér Judit Nóra a betegség fenomenológiai aspektusait vizsgálva kiemeli, hogy a husserl-i fenomenológia alapélménye két meghatározó pszichológiai irányzatnak, vagyis a logoterápiának és az egzisztenciális pszichoterápiának is megalapozója volt. Az öregedésnek, mint a szépség „elvesztésének” origója is az élményből következő értelemadás. A szerző Husserl-t értelmezve hangsúlyozza, hogy „mindenkinek meg kell találnia, hogy milyen értelmet képes adni az életének, a vele történő eseményeknek, mert nincs objektív igazság, a világban eleve benne lévő értelem. Nincsenek végérvényesen lehorganyozott jelentések, hanem csak a tudat számára való jelentések vannak.”<sup>358</sup>

Anthony Giddens reflexív szelf-konceptiója kapcsán már körvonalaztuk, hogy a szelf egy folyamatosan alakuló projekt, amely normatív tartalommal is bír. A normativitás alapja, hogy az egyén felelős önképének megteremtéséért, amit nem valamilyen univerzális, hanem az általa tapasztalható téridőbeli impulzusok határoznak meg. Ahogy Pintér kiemeli, a szelf tehát relatív és nem szubsztantív, tartalmait pedig a husserl-i fenomenológia alapélménye, vagyis a világgal egyesülő értelemadás befolyásolja. A fájdalom, a betegség és ezeken belül

---

<sup>356</sup> Ullmann T.: *Edmund Husserl*. In: Boros, 2010, 995-1008. o.

<sup>357</sup> Ibid. 998. o.

<sup>358</sup> Pintér J. N.: *A betegség fenomenológiai tapasztalata*. In: Csabai M., Pintér J. N. (szerk.): *Pszichológia a gyógyításban*. Oriold, Budapest, 2014, 4. o.

az öregedés is egy olyan tapasztalat, mely nem más, mint az egyén közvetlen, egyik legsajátabb önreflexív tapasztalata, amiről azt állítom, hogy egyik fontos alapélménye az angolszász szépségideál. A tükörben élénk táruló ráncosodó bőr, a kezeken megjelenő májfoltok, a test kötőszöveti állományának fellazulása, csak néhány a testi élmények közül, amelyek fájdalomtünet nélkül is határtapasztalatként szolgálhat számunkra: öregszik a testem, megöregszen én is.

Az értelemadás fenomenológiai tapasztalatát sok esetben a másik ember, vagy azon emberek csoportja is befolyásolja, akikkel közvetlen (munkatársak, barátok, család, stb.) és közvetett kapcsolatban vagyunk (kisebb-nagyobb közösségek). Így tehát szubjektív élményeink mellett számba kell vennünk az *interpersionális fenomenológia* sajátosságait is. Nemes László eképpen összegzi a személyközi kapcsolatok etikai dimenzióját: „A fenomenológiai viszonyban a másik ember mint *másik* ember jelenik meg a saját világomban, mint egy másik világot megtestesítő személy, aki *kihívásokat intéz saját világértelmezésemmel szemben* [kiem.: T. G.], annak határait nyilvánvaló téve, egyszersmind tovább alakítva azt. [...] A másik személyhez nem úgy viszonyulok, mint egy tárgyhoz, hanem mint saját világgal rendelkező lényhez.”<sup>359</sup> A közösséghez mint megszemélyesített „Másikhoz” való viszony fenomenológiai tapasztalata bár több absztrakciót igényel, alapsajátossági megegyeznek azzal az értelmezéssel, amelyet Nemes szavaiból kiolvashatunk. Az interpersionális kapcsolataim olyan imaginárius értelemadó folyamatok, amelyek során bizonyos jobban és kevésbé jól megalapozott gondolati absztrakciós sémákon keresztül értelmezzük önmagunkat is. A probléma tárgya tehát, hogy interpersionális kapcsolataink során a Másik csak másságában, mint *alter ego* adódik közvetlen tapasztalatként számomra.<sup>360</sup> Ha teljes közvetlenségében férnénk hozzá, akkor a saját és a Másik élménye kibogozhatatlanul összevegyülnének. Mindezekből olyan hétköznapi immanens emberi tapasztalat következik, amelyet úgy látszik természetünkől fakadólag képtelenek vagyunk meghaladni: a félreértés. Ennek eredménye tehát, hogy hiába vagyok képes a Másik fizikai testén keresztül konstituált analogikus appercepción keresztül őt, mint *ego*-t megragadni, időbeliségünk mellett szociokulturális helyzetünk is esendővé, kiszolgáltatottá tesz minket.

Beauvoir narratívájában az öregedés értelemadó interiorizációjában nagy hangsúlyt kapnak azok a médiumok, amelyek képesek az egyént mintegy kívülről láttatni. Joó Mária is a tükörkép revelatív erejét hangsúlyozza, amikor egyik pillanatról a másakra magunkat

---

<sup>359</sup> Nemes L.: *A betegség mint fenomenológiai tapasztalat*. Nagyerdei Almanach, 1, 2015, 28. o.

<sup>360</sup> Ullmann, 2010, 1006-1007. o.



tárgyként megragadhatjuk. Az egyszerre szokatlan önarckép egy igazán fontos határtapasztalat Beauvoir számára, amely azonosulási válságot idézhet elő. „Utálom a tükörképem, petyhüdt szemhéjamat, szemeim alatt a táskákat...szájam körül ezt a *ráncok okozta szomorúságot*. [kiem.: T. G.] Az emberek, akikkel találkozom, nem látnak bennem mást, csak egy ötvenéves nőt, aki se szép, se csúnya. Olyan korú, amilyen. De én a régi arcomat látom magam előtt, melyet himlő támadott meg, s amelynek ragyái sose fognak begyógyulni.”<sup>361</sup> Joó az azonosulási válság okát a szexuális vonzerőnek mint egzisztenciálisan fontos élménynek az elmúlásában látja, amelynek közvetítési felülete Merleau-Ponty fogalomhasználatával élve maga az „eleven test”. Ezek a változás-tapasztalatok általában külsődleges formában tárulnak elénk, közvetítő felületek révén (melyek egyaránt lehetnek tárgyak, vagy Husserl szavaival élve *alter ego*-k is). Ezért az interszubjektív fenomenológia egyben magában rejti rácsodálkozás lehetőségét is az egyén saját végességére. A saját öregedésem emellett számadásra is sarkall: jól öregszem; lehetek-e még szép és ha igen, hogyan; elveszítem a szexuális vonzerőm?

A XX. század végétől jellemző, hogy a női szépségideált reprezentáló médiumok már nem csak a fényképekre vagy a tükörképekre korlátozódnak. Technicizált korunkban a társadalmakat túlingerlik és ez a szelf értelemadó mechanizmusát is megkerülhetetlenül befolyásolja: az öregség (a szépség elvesztésének és végességünknek) tapasztalata állandóan szemelőtt van. Ehhez nagyrészt hozzájárult a populáris kultúra technikai médiumainak forradalma, hiszen az okostelefonoknak köszönhetően a zsebünkbe, a táskánkba költözött az élő, online világ. A nyugati szépségideál technicizált változata mára meghaladja az 1960-1970-es évekre jellemzőt. Bár historikusan hasonló töről fakadnak az ideálisnak tarott női szépségjegyek, hiszen mind összefüggést mutatnak a fiatalság és a reprodukciós képességek kihangsúlyozásával, ugyanakkor a nyomtatott és audiovizuális reklámokban mára könnyen alkalmazhatóak a retusálásnak különböző technológiái is, amelyek által az elsődleges és másodlagos női nemi jegyek a popkultúra elvárásai szerint finomhangolhatóak. Néhány évvel ezelőtt figyelemfelkeltő kampányok kezdődtek, melyek által társadalmi keretek között megvalósuló pszichológusi intervenció segítségével mutatnak rá a digitalizáció által létrehozott irreálisztikus női testképekre, amelyek sajnálatos módon ennek ellenére is

---

<sup>361</sup> Beauvoir S. de: *A körülmények hatalma*. Magvető, Budapest, 1966, 559. o. idézi Joó M.: *Az öregség filozófiája Beauvoir-nál*. TNTeF, (6) 1, 2016, 44. o.

kimutathatóan befolyásolják az önbecsülést és az ezzel szervesen összekapcsolódó testképet is.<sup>362</sup>

Az esztétikai plasztikai sebészet és a non-invazív eljárásokat hirdető kozmetikai ipar a legtöbb esetben ugyanarról a női szépségről beszél, azonban egész más nyelveken. Vegyünk egy tetszőleges példát. Ha egy gyors internetes keresést indítunk az egyik legnépszerűbb minimál invazív terápia kapcsán és a botox-kezelésekről szeretnénk tájékozódni, akkor csakhamar az alábbi tájékoztató szöveggel szembesülhetünk:

„Az arcon lévő **mimikai hibák, ráncok** sok páciensnek jelentenek komoly gondot, *(a haragos tekintettől például az emberek félnek, ellenszenves, a tükörben látható és a tényleges életkor közötti diszkrepancia depresszióhoz vezethet, nem csak előadó művészeknél, hanem mindenkinél, ahol a külső megjelenésnek van szerepe és kinél nincs? Komoly gond lehet az állás, házastárs megtartás szempontjából is az életkorra utaló eltérések. Ugyanígy önbecsülés szempontjából is, mely miatt egyéb panaszok, főleg pszichés problémák is jelentkezhetnek. (munkahelyi, párkapcsolati, személyiségi zavarok stb.)* E panaszokat lehet pszichiátriai kezelésbe is venni, de ez ilyenkor nem a helyes út, legkézenfekvőbb a **kiváltó okot kezelni, megszüntetni**. Ez bedig (sic!) a Botox kezelést jelenti.”<sup>363</sup>

A medikalizáció sokszor a jótékony tolmácsnak képében a laikusok tapasztalatait orvosi szakkifejezések által racionalizált diszkurzív keretbe rendezi át, melynek segítségével a társadalmi tömegtapasztalatokat a hozzá nem értők is „tudományosan” értelmezhetik. A „korjelző ránc” ezáltal válik tünetté, a tünet pedig a stigmatizációja révén betagozódik a sok kultúrkörben rettegett pszichiátriai kórképek kialakulásának kauzális láncolatába. Csakúgy, ahogy azt évszázadokkal ezelőtt a maszturbáció szomatizációs gyakorlata kapcsán Foucault igazolta, a tünetek felnagyítása által megismétli magát a „totális betegség fikciójának”, vagy „tudományos konfabulációnak” nevezett folyamat, amelynek elemi része az orvosi segítséggel kiépített hipochonder képzelgés is (a ráncot mielőbb el kell tüntetni a súlyos

---

<sup>362</sup> V.ö.: MacCallum F., Widdows H.: *Altered Images: Understanding the Influence of Unrealistic Images and Beauty Aspirations*. Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy, (3) 26, 2018, 235–245. o.

<sup>363</sup> [www.plasztika.com/botox](http://www.plasztika.com/botox), Letöltés ideje: 2020. 08. 16.

betegségek elkerülése és az egzisztenciális biztonság érdekében). A ráncok minimál invazív eljárással történő eltüntetése tehát a szomatizáló mechanizmusban normatív üzenettel gazdagodik, hiszen a tájékoztató kiadvány az egyénben megidézi az egészséges életmód életcélját, melynek esszenciális komponense az egyéni felelősség: a magát figyelő egyén az önpatologizáció révén egyben a szépség medikalizációjának autentikus forrásává válik. A mimikai ráncoknak terminológiája is az embernek első sorban negatív-érzelemtöltetű fogalmaiból építkezik, amelyet az úgynevezett „*frown wrinkle*” (haragos ránc) és „*jaw muscle reduction*” (szomorú ajakszél-korrekciónak) példái is kifejeznek. Ezek az elnevezések is azt az üzenetet hordozzák, hogy a társadalmi életben való sikeres részvétel érdekében meg kell tőlük szabadulni. A női szépség medikalizációja tehát egyrészt azt jelenti, hogy a plasztikai sebészek orvosi környezetben, orvosi szakkifejezéseket felhasználva és végül orvosi terápiákat vázolva kínálnak hozzájárulást a fizikai megjelenés megváltoztatásán keresztül a nők önbizalmának és önértékelésének javításához.<sup>364</sup> Ezek a legtöbb esetben (nem csak orvosi) beavatkozások az egészséges nőket célozzák, akik a társadalom által közvetített normatív üzeneteknek (maradj fiatal minél tovább, fizikai vonzalmad által őrizd meg a szexuális vágyad és teljesítményed) biológiai sajátosságaik miatt képtelenek megfelelni valamilyen harmadik fél segítségével.

## 6.2. Az esztétikai plasztikai sebészet, mint *enhancement*-beavatkozás

A következőkben amellet fogok érvelni, hogy az esztétikai plasztikai sebészet szigorú értelemben véve nem is terápiás beavatkozás, hiszen azok során nem állapotkorrekció, és nem is funkcióvesztés helyreállítása történik. Társadalmi jelentőségét sokkal inkább egy szűnni nem akaró artériás vérzésre helyezett nyomókötéshez hasonlíthatnánk, ami ugyan elfedi a sebből pulzáló vért, megszüntetésére azonban nem alkalmas. Ennek oka, hogy az esztétikai plasztikai sebészetnek, mint medikalizációs problémának a gyökere sem orvosi, hanem szociokulturális. Ha visszanyúlunk Husserl-nek az objektív igazságokról megfogalmazott téziséhez, akkor beláthatjuk, hogy a nő esztétikai szépsége nem valamilyen *a priori* cél, amely ennél fogva normatív belátásra ösztönözhetne minket. A szépség egy radikálisan téridőbeli

---

<sup>364</sup> Merianos A. L., Vidourek R. A., King K. K.: *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*. The Qualitative Report, (46) 18, 2013, 1-14. o.

narratíva, amelyhez társadalmunkban jelenleg járulékos előnyök társulnak és normatív hozadéka is ennek az esetlegességnek a fényében értelmezhető.

A tengerentúli plasztikai sebészek tapasztalataira építve az Amerikai Plasztikai Sebészek Közössége (*American Society of Plastic Surgeons*) radikálisan szembe megy az előző bekezdésben megfogalmazott kritikával, hiszen azt állítják, hogy az invazív és non-invazív eljárások is *terápiás jellegűek*, hiszen hozzájárulnak az önbizalom *helyreállításához*. Vizsgáljuk meg közelebbről ezt az állítást! A sebészi társaság valószínűleg nem is sejtette, hogy azzal a tézissel, miszerint például egy mellnagyobbító műtét, vagy egy A-típusú botulinum toxinos kezelés szerintük *terápia*, és nem *teljesítményfokozás (enhancement)* egy filozófiai darázsfaszekbe nyúlnak.<sup>365</sup> A *Stanford Dictionary* „*Human enhancement*” szócikke kiemeli, hogy az *enhancement*-etika klasszikus témakörei között megtaláljuk az esztétikai célú plasztikai sebészetet a szépség medikalizációjáért bíráló irányzatát; a sporttevékenységek gyógyszeres úton való teljesítményfokozásának; és az emberi fajnemesítésként értelmezhető *enhancement* irányzatát is.<sup>366</sup>

A szépség vonatkozásában érkező bírálatok alapvető különbséget feltételeznek a *terápia* és *teljesítményfokozás* között. Nick Bostrom a szembeállítást egy meglehetősen problematikus állításnak tartja. Szükségszerű-e, hogy az orvosi eszközökkel megvalósított teljesítményfokozás erkölcsi státuszát megkülönböztessük azoktól a gyakran nem is orvosi beavatkozásoktól, amelyek célja hasonlóképpen valamilyen emberi képesség megváltoztatása, vagy fokozása? Léteznek-e olyan definíciós keretek, amely segítenek megérteni, hogy melyek az emberi fizikai és kognitív normalitásának felső határai, ami egyben vízvázlatzó lehet a *terápia*-teljesítményfokozás dichotómiának a feloldásában?<sup>367</sup> A kérdésekre adott válaszok mentén kibontakozó argumentumok két fő diszkurzív teret hoznak létre. „*Biokonzervativizmusnak*” nevezzük azokat az érveléseket, amelyek normatív jelentőséget tulajdonítanak a *terápia* és *teljesítményfokozás* oppozíciójának. Velük szemben áll a teljesítményfokozást megengedő irányzat, ami a biotechnológia újdonságainak elfogadását a *terápiákhoz* hasonló okokból (ti. az ember bio-pszicho-szociális jóllétét pozitív irányba befolyásolja) propagálja, vagyis a „*transzhumanizmus*”.

---

<sup>365</sup> Bár izgalmas lenne az *enhancement*-vita irányába elvinni a vizsgálódást, a dolgozat tartalmi feszessége ezt nem teszi lehetővé, így nem tudjuk részletesen tárgyalni sem a fogalommagyarázatot, sem pedig a transzhumanizmus problematikáit.

<sup>366</sup> Juengst E., Moseley D.: *Human Enhancement*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition), Zalta N. E. (szerk.)

<sup>367</sup> Bostrom N., Roache R.: *Ethical issues in human enhancement*. In: Ryberg J., Petersen T., Wolf C. (szerk.): *New Waves in Applied Ethics*. Pelgrave Macmillan, London, 2008, 120-152. o.

Bostrom transzhumanizmus iránti elköteleződését szövegei mellett a közéleti szerepvállalása is jól igazolja, tekintettel arra, hogy David Pearce-szel, az emberi teljesítményfokozás oxfordi képviselőjével közösen, még az ezredforduló előtt megalapították a *The World Transhumanist Association*-t (1998). Az emberi teljesítményfokozás mellett felsorakoztatott etikai érveit a közösség általános jóllétének célja hatja át. A fejlett világban bár még egyelőre csak sporadikusan hozzáférhető technológiák használata Bostrom szerint az egészségnek, mint egyéni és kollektív erkölcsi értéknek van alárendelve. Nem tagadja, hogy akárcsak a dopping az élsportban, úgy a társadalom egészében is kompetitív következményei lesznek a fizikai és szellemi teljesítményfokozásnak. A szerző szövegeiből azt olvashatjuk ki, hogy ezt az aránytalanságot a jövőre vetített (erősen hipotetikus) perspektivikus előnyök miatt azonban etikailag megengedhetőnek tartja. Az egészséggel és intelligenciával kapcsolatban az alábbi megjegyzést teszi: „az egyénnek a magas-státuszú munkáért és a kíváncsú társakért való küzdelméért teszi lehetővé és hatékonyabbá, ha egészséges és okos. De az egészséghöz és az intelligenciához a kompetitív előnyökön túlmutatóan fontos haszon is társul. Ha mindannyian kicsit egészségesebbek, vagy egy kicsit okosabb leszünk, annak közösségi haszna van: kevesebb betegségben és munkaképtelenségben szenvednénk és a világból is több mindent meg tudnánk érteni.”<sup>368</sup>

Bostrom azonban figyelmen kívül hagy egy etikailag nagyon lényeges társadalmi jelenséget, amit a szakirodalom „bioinekválitásnak” (*bioinequality*) nevez. A fogalom a társadalmi egyenlőtlenségek (pl. szexizmus, rasszizmus) biológiaiailag ártalmas következményeit írja le. A transzhumanista szerző téziseinek részletes elemzésére a dolgozat formai és tartalmi határai miatt nincs lehetőségünk, azonban a rövid elemzés által a medikalizációnak eddig még nem megvilágított következményére is rámutathatunk: *a társadalmi egyenlőtlenségek biomedicinális elmélyítésére*. Azt állítom, hogy összességében az egyén boldogulása, mint az esztétikai plasztikai sebészet által létrehozott szubjektív haszon nincs arányban a belőle potenciálisan és aktuálisan következő negatív társadalmi következményekkel. A női szépségideálnak való megfelelés képes a kozmetikai sebészet révén magabiztosságát helyreállított személyt társadalmilag előnyös helyzetbe juttatni, aki ezáltal rátermettségét egyszerre több fronton is képes igazolni: mentálisan (magabiztosság); kognitíve (az adott munkavégzéshez szükséges tudás birtoklása); fizikailag (a szépség normáinak megfelelő fizikai megjelenés). *Az esztétikai célú plasztikai sebészet (függetlenül*

---

<sup>368</sup> Ibid. 131. o.

*attól, hogy terápiának, vagy teljesítményfokozásnak tartjuk) a szépség medikalizációja révén társadalmi igazságtalansághoz, jelesen számos bioinekvalitás előállításához járul hozzá.*

A teljesítményfokozás transzhumanista lelkesültségét összességében elhamarkodottnak érzem. (1) A hozzáférés a teljesítményfokozás céljaként tételezett globális egészséghez (biopszichoszociális jóllét) mikro-és makroszinten egyaránt jelentős kihívásokkal küzd. A globális egészségpolitika fókuszában a jelen körülmények között sokkal inkább az egészségügyi alapellátásban tapasztalható aránytalanságok felszámolása kellene, hogy álljon. Teljesítményfokozásra (vagyis „kicsit okosabbnak, kicsit egészségesebbnek” lenni) akkor van lehetőség, ha az ember egészségének megőrzése is egy általánosan hozzáférhető, reális perspektíva. Amíg országon belül is rengeteg szociokulturális faktor befolyásolja az egyénnek a várható jó életminőségű éveinek számát, addig elsődlegesen a cél a felzárkózás, nem a teljesítményfokozás. A transzhumanizmus előreszaladása által hozzájárulhat, hogy elveszítsük a társadalmi egyenlőség és az emberi méltóság alapeszményeit. (2) Amíg a társadalmi egyenlőtlenségek (szexizmus, rasszizmus) kigyomlálása meg nem történik, a transzhumanisták által remélnél jó eséllyel nagyobb a biokonzervatív nézőpontból megfogalmazott negatív utópisztikus scenáriók megvalósulási esélye. Bár az *enhancement* technológiáknak csak egy igazán kis szegmense a medikalizált szépség, amely ennek ellenére is kimutatható egzisztenciális (önbizalom mechanikus helyreállítása, jobb életminőség, jobb munkaerőpiaci esélyek) és polarizáló társadalmi következményekkel jár együtt. Ennek tükrében kell mérlegelnünk a transzhumanisták által pártolt teljesítményfokozási eljárásokat (fizikai és szellemi teljesítőképesség direkt manipulációja) is, melyeknek vélhetően sokkal drasztikusabb társadalmi következményei lehetnek (fokozódó szekularizáció, társadalmi diszkrimináció felerősödése) mint a szépség medikalizációjának.

## **7. A várandósság és szülés medikalizációja – a reprodukzív autonómia elvének érvényesülése a várandósság és szülés idején**

A negatív családtervezést (fogamzásgátlás) követően a gyermekvállalásnak és szülővé válás etikai kérdéseire koncentrálnunk. Közös meghatározójuk, átvitt és szó szerinti értelemben is, az az orvosi tér, melyben napjainkban ezt az igen intenzív fiziológiai és igen komplex pszichoszociális életjelenséget felleljük. Célom tehát az, hogy átfogó képet adjak a szülészeti ellátás medikalizációjáról, melynek az 1900-as évek első felétől fogva alapélménye, hogy a

várandósságot az egészség és betegség dichotómiáján keresztül a nők egészségi állapotának zavaraként ragadják meg, aminek során szakszerű orvosi ellátásra van szükség.<sup>369</sup> A *Stanford Dictionary* várandósságról és születésről szóló szócikke kiemeli, hogy az angolszász országokban a szülészeti ellátás medikalizációjának egyik kézzel fogható következménye, hogy számos orvostechnológiai eszköz kíséri végig a magzati fejlődés hozzávetőleg negyven hetét. Közvetlen a szüléshez kapcsolódólag ilyenek a szülést megindító gyógyszerek, az epidurális és spinális érzéstelenítés, vagy a magzati szívhangmonitorozás; a szülést megelőzőleg pedig a genetikai szűrővizsgálatok, valamint a preventív és kuratív célú gyógyszerek alkalmazása.<sup>370</sup>

A soron következő gondolatmenet tartalmi határvonalát a várandós és szülő nőkre korlátozzuk, így a magzat morális státuszából és a hozzá fűződő érdekekből származó problémákat csak az anya megközelítéséből lesz módunk vizsgálni. A feldolgozásra váró témakörök a fogamzással kezdődő *intrauterin* fejlődési ívet követik, amelynek végkifejlete a szülés és annak medikalizációja lesz, mely egyben a dolgozat lezárásához is elvezeti az olvasót. A várandósság és a szülés medikalizációjának elméleti áttekintését egy kutatási összefoglaló követi, melynek tárgya a medikalizációnak felróható, nem-orvosi okokból kialakuló (azaz, ha a szülés közben, vagy annak szövődményeként nem történt sem magzati sem anyai károsodás) negatív szülésélmények. Kutatásunk főként kvalitatív eredményeit a nemzetközi szakirodalommal összevetve prezentálom.

## 7.1. A reprodukció autonómia elve

A női önrendelkezés minél szélesebb körben történő biztosítása meghatározó értéke és célja volt a nemi egyenlőtlenségek helyreállításáért folytatott polgárjogi és emancipatorikus küzdelmeknek. Mint arra korábban rámutattam, a fogamzásgátlási lehetőségek garmadájának megjelenésével együtt zajló „szexuális forradalom” a XX. század közepén bizonyos értelemben a nők szexualitásának felszabadulásához is vezetett. A mai napig aránytalan kontraceptív felelősség etikai problémáinak ellenére azt mondhatjuk, hogy a hormonális

---

<sup>369</sup> Mullin A.: *Reconceiving Pregnancy and Childcare: Ethics, Experience, and Reproductive Labor*. Cambridge University Press, New York, 2005.

<sup>370</sup> Kukla R., Wayne K.: *Pregnancy, Birth, and Medicine*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2018 Edition), Zalta N. E. (szerk.)

fogamzásgátló szerekhez való hozzáférés révén az 1970-es évekre a nők a nyugati országok döntő többségében a gyermekvállalással kapcsolatos döntések aktív irányítójává váltak. Mindezek együttesen hozzájárultak az autonómia elvéből származó specializált norma, a *reproduktív autonómia* egyre szélesebb körű kodifikációjához is. A feminista bioetikus, Laura Purdy meghatározásában a „reproduktív autonómia” alapvetően *gender-semleges* fogalom, mely a nők és férfiak számára egyaránt biztosítja a döntési szabadság jogát az összes gyermekvállalással összefüggésben álló egzisztenciálisan fontos kérdésben.<sup>371</sup> Az alapelv a nők vonatkozásában magában foglalja a fogamzásgátlási eszközök közötti választással, a gyermekvállalás részleteivel (tervezett gyermekek száma, időzítés, partner megválasztása), a várandósgondozással (gondozást végző személyének, diagnosztikai lehetőségeknek), a szüléssel (szülés helyszíne, szülést kísérő személyeknek, beavatkozásoknak) és a perinatális időszakkal (gyermek ellátásával, elhelyezésével, táplálásával) kapcsolatos valamennyi kérdést.<sup>372</sup>

A reproduktív autonómia alapelve felett gyakorolt kontrollvesztés, vagy birtoklás az individuális szabadság egészére nézve is következményekkel bír. Mint láttuk, a párkapcsolati szexualitásban testesülő szabadság tranzitív fenomén, hiszen valamely fél alávetettsége következtetni enged bizonyos intézményesült hierarchikus különbségekre. A reproduktív autonómia elvének gyakorlati jelentősége pont ebben áll, azaz elősegíti a társadalmi és biológiai nemektől független önrendelkezés kiegyensúlyozását. A legelső nemzetközi dokumentum, amely hangsúlyozta a reproduktív autonómia alapelvét az ENSZ által 1994-ben Kairóban rendezett *International Conference on Population and Development* záró rendelkezése volt.<sup>373</sup> Mára sokat javult a helyzet, hiszen a legtöbb demokratikus országban deklarált betegjogokból és a tájékozott beleegyezés széles körben implementált doktrínájából levezethető a reprodukcióra specializált szabadság is. Hazai példával illusztrálva (csak hogy a legfontosabbakat említsük) a tájékoztatáshoz való jog, az önrendelkezés joga, az egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltóság joga, a kapcsolattartási jog és az ellátás visszautasításához fűződő jog mind intézményesített, *de jure* garanciái a reproduktív autonómia etikai alapelveinek.

---

<sup>371</sup> Purdy L.: *Women's Reproductive Autonomy: Medicalisation and Beyond*. Journal of Medical Ethics, (32) 5, 2006, 287-191. o.

<sup>372</sup> Tari G., Hamvai Cs.: *The Medicalization of Childbirth: Ethical and legal issues of negative childbirth experiences*. In: Kelemen O., Tari G. (szerk.): *The Bioethics of the Crazy Ape*. Trivent, Budapest, 2019. 278. o.

<sup>373</sup> United Nations International Conference on Population and Development Cairo, Egypt, Sept 5–13, 1994. [www.iisd.ca/cairo.html](http://www.iisd.ca/cairo.html) Letöltés ideje: 2018. 09. 17.



A FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) testülete is elkötelezett az önrendelkezés és a közös terápiás döntéshozatal védelme iránt. Számos fórumon hangoztatják, milyen esszenciális érték a nők terápiás aktivitásának biztosítása. „Az autonómia tiszteletének elve hangsúlyozza, hogy a nők döntési folyamatban való részvételét tiszteletben kell tartani. Az orvosoknak törekedniük kell a nők sebezhetőségének orvoslására azáltal, hogy kifejezetten keresik a nők döntéseit és tiszteletben tartják nézeteiket.”<sup>374</sup> Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is minden évben közzéteszi a szüléssel kapcsolatos szakmai irányelveit, amelynek egészére nézve meghatározó a szülés különböző szakaszaira specializált pragmatikus szemlélet. A dokumentum célja a szüléskísérés folyamatában résztvevő segítőknek gyakorlati útmutatást adni a nők önrendelkezési jogának tiszteletben tartása érdekében. A legutóbbi kiadásban ötven intra-és posztpartum ellátásra vonatkozó ajánlást fogalmaztak meg a nők pozitív szülésélményét elősegítendő. A gyűjtemény különlegessége, hogy naprakész szakirodalmi adatokkal értékelik a szülészeti ellátásban előforduló diagnosztikus és terápiás beavatkozások, kommunikációs stratégiák előnyeit és hátrányait. Az áttekintés a szülés során leggyakrabban előforduló gyakorlatokat végül *evidence based* (tudományos bizonyítékokon alapuló) szemléletre alapozva, ajánlott (*recommended*), nem-ajánlott (*not-recommended*) és csak különleges kontextusban ajánlott (*recommended only in specific context*) kategóriák szerint osztályozza.<sup>375</sup>

Mindamellet, hogy a kiadványok a szülészeti ellátásban észlelhető medikalizáció visszaszorítását célozzák, fontos, hogy a reprodukív medicina epidemiológiailag megkérdőjelezhetetlen jótékony hatását is szem előtt tartsuk. A WHO ugyanis felhívja arra a figyelmet, hogy az összes szülés mintegy 10-15%-ban a mai napig szükséges az azonnali és szakszerű orvosi beavatkozás az életre szóló testi és szellemi károsodások és az anyai és magzati halálozás visszaszorítása érdekében. Eddig is így jártunk el és a következő oldalakon is ennek szemelőtt tartásával fogalmazzuk meg a szüléset medikalizációjáról szóló kritikákat. Hangsúlyozom, hogy a szülészeti és nőgyógyászati ellátás során alkalmazott orvostechnológiai eszközöket értéksemlegesnek ítélem meg. Ez alatt azt értem, hogy a diagnosztikus és terápiás beavatkozásoknak, mint például a gátmetszésnek, a császármetszésnek (CSM), vagy éppen az intravénás oxitocin infúciónak (IV-oxitocin) nincs *inherens* erkölcsi értéke. A technikák normatív értékelésére abban az esetben van lehetőség, amennyiben ezeket kontextusba helyezzük. Ezáltal fény derülhet arra, hogy a rutinszerűen,

---

<sup>374</sup> FIGO, 2015, 21. o. (saját fordítás)

<sup>375</sup> World Health Organization: *WHO Recommendations: Intrapartum Care For a Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organization, 2018.

megszokásból, vagy szokásjog alapján végzett beavatkozások összességében nem mérséklék a magzati és anyai morbiditást és mortalitást, nem segítik elő a vajúdo és szülő nők kompetencia-érzetének kiépítését és fenntartását, vagy egyenesen hozzájárulnak a traumatizációhoz és a negatív szülésélmények kialakulásához. Mindezek fényében a következőkben a WHO-irányelvekkel folytonos „párbeszédben” maradva amellet fogok érvelni, hogy a személyre szabott intra-és posztpartum szülészeti ellátás a perszonalizáció normatív értékénél fogva vissza kell szorítsa azokat az orvosi gyakorlatokat, amelyek kiszolgáltatott helyzetbe hozhatják a vajúdo és szülő nőket az ellátószemélyzet hatalmi aszimmetriája miatt.<sup>376</sup>

## 7.2. A prenatális diagnosztikai eljárások medikalizációja

Vegyük számba még egyszer, hogy melyek a legfőbb konstitutív elemei Peter Conrad medikalizáció-definíciójának. (1) *A medikalizáció során egy életjelenség leírásához hagyományosan használt fogalmi és nyelvi eszközöket orvosi terminológia keretezi át.* A szülés orvosi definíciója egy szigorúan csak élettani folyamatokra egyszerűsített leírás, mely szóhasználatát jól illusztrálja a következő példamondat. A 24. terhességi hetet betöltött magzat mellékreszeivel (magzatvíz, placenta, köldökszínór) együtt a méhizom kontrakciók hatására kiürül a méhből. (2) *A fogalmi szintet az intézményesített medikalizáció egészíti ki.* Ennek során *szervezett keretek között ragadunk meg orvosi problémaként valamilyen életjelenséget.* A 2018-ban hazai reprezentatív mintán végzett magyar születési kohorszvizsgálat előzetes eredményeiből tudjuk, hogy a várandósok 99%-os elsőprő többséggel egészségügyi intézményben szeretnék gyermeküket világra hozni.<sup>377</sup> (3) *A kapcsolat szinten megvalósuló medikalizáció során a kommunikáció az ellátó-beteg szkriptet veszi fel.* Denise Copelton szembe megy a medikalizáció kapcsán a nőkhöz társított passzív szereppel és helyette amellet érvel, hogy a várandósok valójában aktívan keresik azokat az életmódválasztással kapcsolatos orvosi tanácsokat amelyek felhasználásával az anya-

---

<sup>376</sup> Tari-Hamvai, 2019, 280. o.

<sup>377</sup> KOHORSZ '18, Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Szülési Tervek.

<https://www.kohorsz18.hu/eredmenyek/elozetes-eredmenyek/44-szulesi-tervek.html> Letöltés ideje: 2020. 08. 17.

identitásuk létrehozza.<sup>378</sup> A következőkben megkísérlem bemutatni, hogy ebben az identitásképzésben milyen jelentősége van a fenomenológiai testesültségnek, amely a várandósság kontextusában egyrészt a testkép megváltozásához, másrészt a terhesség fizikai tüneteivel kapcsolódik. A várandósság medikalizációja tehát nem csak az egészségügyi intézmény falain belül, de az anya percepcionális folyamatain keresztül is zajlik. Rebecca Kulka értelmezésében ezt ilyen módon kell elképzelnünk: „Az orvosi eseményként felfogott várandósság nagyfokú rizikókezelést és megfigyelést igényel és orvosi szaktudásért fellebbezik: a terhes nőktől elvárt, hogy szabályozzák és megfigyeljék étkezésüket, folyadékbevitelüket, a magzat rúgásait, súlygyarapodást, alvási testhelyzetet, érzelmeiket, az otthoni háztartási termékeknek való expozíciójukat, testmozgásukat, szexuális tevékenységüket, és még az életüknek számos további, az orvostudomány standardjaival összhangban lévő aspektusát.”<sup>379</sup>

Elena Neiterman mindezekből három, fenomenológiai értelemben fontos következtetést állapít meg: (1) Fogalmi szinten az orvosok és a közvélemény megítélése szerint is teljes mértékig elfogadottá vált a terhességet az egészség-betegség dichotómia által leírni. (2) Amellett, hogy az első pontból egyenes úton következik, hogy a nők egészségügyi intézményekben szeretnék világra hozni a gyermeküket, ez korunkban egyben intézményesített elvárás is. (3) Az ellátó és a nők közötti kommunikációs csatornák mellett számos más társadalmi felület is a terhesség orvosi reprezentációját hirdeti. Neiterman vizsgálata azért különösen érdekes, mert jól kiegészíti a gyermekvárás medikalizációjának azt az irányzatát, amely a terhesség során egységesnek, változatlanul gondolt várandós-énkép kialakulásáért felelős ingerek forrásfelkutatásával foglalkozik. A szerző a várandós testtapasztalatának fenomenológiai élményeit hasonlította össze a biomedikális, a terhességet főként fiziológiai dimenzióira egyszerűsítő orvosi nyelvezettel és azt vizsgálta, hogy ez az ötvözet hogyan befolyásolja a várandós énképét. Kutatása során 42 aktuálisan terhes, vagy már gyermekkel rendelkező alannak a várandóssághoz társuló test-tapasztalatairól gyűjtött félig-strukturált interjú által kvalitatív adatokat. Vegyük sorra a szerző fontosabb

---

<sup>378</sup> Copelton D. A.: *Pregnancy by the Book: Women's Accommodation and Resistance to Medicalized Pregnancy Practices*. Dissertation Abstracts International, A: The Humanities and Social Sciences. (11) 64, 2004, 4221. o.

<sup>379</sup> Kukla R.: *Mass Hysteria: Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*. Rowman and Littlefield, New York, 2005.

megállapításait, amelyek segítenek megérteni, hogyan befolyásolja a várandós-éncépet meghatározó testtapasztalatokat a medikalizáció.<sup>380</sup>

(a) A medikalizáció fogalmi eszközeivel számos testtapasztalatot tünetté formált át. A résztvevők a várandósság kezdetét is ennek megfelelően a vérzéskimaradás testtapasztalatához társították. Neiterman felhívja rá a figyelmet, hogy a testi változások élményeit (hányinger, hangulatváltozások) a terhesség „normálisnak tartott” progressziójaként, míg hiányukat a terhességre leselkedő veszélyként interpretálták.

(b) A várandósság során a tünetek megfigyelése egy kvázi tankönyvi, „normatív terhességnek” van alárendelve, így a várandósok testtapasztalatának alapélményeit is a biomedikális narratíva határozza meg.

(c) Neiterman a medikalizált testtapasztalat pozitív hozadékaként értelmezi a „normatív terhességi tünetek” interiorizált élményét, melynek megélése lehetővé tette a nők saját várandósságának egzisztenciális elmélyítését. A szubjektív testi tünetek észlelése tehát a gyermekükkel kapcsolatos élményvilág elsődleges forrásaként is szolgáltak. A magzatért való felelősségvállalás is az életmódbeli korlátozások testtapasztalatai által bontakozhatott ki.<sup>381</sup>

A fenomenológiai megközelítése tehát némiképp árnyalja a medikalizációnak hagyományosan tulajdonított tárgyiasító hatását, hiszen mint azt a szerző bemutatja, a saját test folyamatos megfigyelése nem csak a Foucault által hangsúlyozott ön-patologizáció terhet viseli magán, de paradox módon a Másikért (magzat) való felelősségvállalás *de facto* kibontakozásához is elvezet. A testtapasztalatok (vérzéskimaradás, émelygés, magzatmozgás, fájástevékenységek, stb.) a várandósság fenomenológiai megközelítésében olyan alapélmények, melyeknek napjainkban a várandósgondozást végző orvosok kevesebb jelentőséget tulajdonítanak, ezért a diagnosztikai eszközök (pl. ultrahang, CTG/NST) rutinszerű használatát sokan bírálják azok elidegenítő, tárgyiasító hatásuk miatt. A következőkben ezért arra szeretnék rámutatni, milyen veszélye van annak, ha a diagnosztikai eszközök magas prediktív értékeire és validitására hivatkozva a várandós privilegizált élményvilágát, a fenomenológiai testtapasztalatokat kiiktatják a szülést megelőző orvos-várandós interakciókból.

---

<sup>380</sup> Neiterman E.: *Sharing Bodies: The Impact of the Biomedical Model of Pregnancy on Women's Embodied Experiences of The Transition to Motherhood*. Healthcare policy = Politiques de sante, 9 (Spec Issue), 2013, 112–125. o.

<sup>381</sup> Ibid. 112–125.

### 7.2.1. A prenatalis diagnosztika elidegenítő hatása

Napjainkban tehát a testtapasztalatok megélése mellett a várandósság fontos élményét jelentik azok a fizikai-műszeres vizsgálatok is, melyek a magzati fejlődés monitorozása céljából a terhesség egyes időszakaiban ajánlottak, vagy egyes országokban kötelezők is lehetnek. Ezek a szűrővizsgálatok szubjektív értelemben nem csak diagnosztikai jelentéssel bírnak, hiszen számos nő számára a terhességmegállapítás során elvégzett hüvelyi ultrahang egyben a várandósság tapasztalatának első közvetlen, ámbar nem belső (terhességi fizikai tünetek híján), hanem külső, objektív forrása is. Iris Marion Young-nak a várandósság fenomenológiai értelmezéséről szóló klasszikus tézise is ehhez a kettősséghez kapcsolódik, miszerint a modern szonográfiai eszközökkel történő monitorozás megfoszthatja a várandóst a gyermekvárás tapasztalatának tradicionálisan szubjektív testtapasztalatokra épülő előjogától. Young 1984-es cikkében végső soron amellet érvel, hogy a várandósság diagnosztikai eszközparkja elidegenítő és tárgyiasító hatású.<sup>382</sup>

Casey Rentmeester és Amanda Hogan nem rég megjelent közleményükben amellet érvelnek, hogy az ultrahang diagnosztikai funkciója ellenére is képes megőrizni a várandós nők méltóságát elidegenítő hatások nélkül is, habár a terhességhez való orvostechikai hozzáférés privilegizálása magában hordozza az elidegenedés veszélyét is, amennyiben az anya élményvilága ténylegesen perifériára szorul.<sup>383</sup> 1816-os megjelenésével már a sztetoszkóp is illeszkedett abba a folyamatba, mely az egyszerű tapintásos vizsgálatoknál közvetlenebb, ám továbbra is non-invazív eszközökkel engedett hozzáférést az orvosnak a test belső működésekhez. Fenomenológiai nézőpontból a röntgen, a CT, az MRI, a CTG és az NST is hozzájárult ahhoz, hogy az orvos a beteg szubjektivitását jórészt kiiktatva megközelítse az emberi testet. Rentmeester hangsúlyozza, hogy bár teljes mértékben legitim a minél pontosabb adatok begyűjtésére irányuló törekvés, ugyanakkor a beteg testtapasztalatairól szóló narratívák háttérbe szorítása elidegenítő hatással is rendelkezhet. A várandósság szubjektív élményének, vagyis a testtapasztalatoknak prenatalis diagnosztikai eszközökkel történő háttérbe szorítása felerősítette a szubjektív-objektív (belső-külső) dichotómiából származó feszültséget. Az orvos ebben a szerepben a technológia által az

---

<sup>382</sup> Young, I. M.: *Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation*. Journal of Medicine and Philosophy (1) 9, 1984, 45-62. o.

<sup>383</sup> Rentmeester C., Hogan A.: *Are you ready to meet your baby? Phenomenology, Pregnancy, and the Ultrasound*. Journal of Applied Hermeneutics. (1), 2020. 2. o.

igazság birtokába jutva bármikor felülírhatja a szubjektív testpercepciók értékét. Nem megfelelő, egyirányú kommunikáció esetén az aszimmetria elidegenítő hatással rendelkezik. Ennek korai, XIX. századi következménye az volt, hogy az orvos eleinte nem csak az egyén megélt tapasztalatainak, hanem a diagnosztikai eszközökből kinyert eredményeknek is hitelt adott, napjainkban azonban a technikai modernizáció az ellátó-várandós szkriptekből, ahol csak lehetett, kiiktatta a beteg narratíváját. Ezért Peter Conrad megállapítását megalapozottnak tarthatjuk, hiszen rámutattunk arra, hogy a rutinszerűen elvégzett szonográfiai szűréseknek potenciálisan elidegenítő, tárgyiasító hatásuk is lehet.<sup>384</sup>

### 7.3. Hogyan vezet a medikalizált szülés a reprodukzív autonómia korlátozásához?

Az elidegenedés élménye a várandósság zenitjén, a szülés kezdetén és annak egésze alatt is sokak meghatározó tapasztalata. A vajúdo életének megszokott hétköznapiságát egyik pillanatról a másikra (az esetek döntő többségében) az a kórházi környezet váltja fel, ahol korábban a várandósság során legtöbbször időpontra érkezve, tünetek nélkül, ellenőrzési célból és csak rövid ideig tartózkodott. Esetenként a várandós a szülése megindulásáról mindenféle testtapasztalat nélkül csak az orvosától szerez tudomást, miután a rutin magzati szívhangmonitorozás során igazolt rendszeres méhtevékenység és az ezt követő hüvelyi méhszájvizsgálat eredményeiből a diagnosztika erre következtet. Ezekben az esetekben a segítők részéről a megfelelő kommunikáció elengedhetetlenül fontos annak érdekében, hogy a szubjektív testtapasztalatok hiánya és a kívülről érkező információ aszimmetriája ne vezessen a vajúdo szülésélményének elidegenedéséhez.

A szülés megindulásának diagnosztikai megítélése a szülészeti nőgyógyászati szakirodalomban mai napig is aktívan kutatott területének számít. Jellemző, hogy a szakcikk a szülés kezdetének szignifikáns prediktoraiként a folyamatosan egymást követő méhösszehúzódásokat, a növekvő intenzitású hasi fájdalmat, a méhnyak elvékonyodását és megrövidülését, valamint a méhszáj tágulását tartják.<sup>385</sup> Ezek mellett számos további olyan testi jelenség felsorolható, melyeket hagyományosan a szülés kezdetéhez társítunk: a

---

<sup>384</sup> A szerzők az alábbi cikkükben megoldási javaslatokkal is előállnak a szonográfia helyes gyakorlatára nézve: V. ö: Rentmeester-Hogan, 2020.

<sup>385</sup> Ragusa A., Mansur M., et al.: *Diagnosis of labor: a prospective study*. MedGenMed: Medscape general medicine, (3) 7, 2005, 61. o.

nyákdugó távozása, bélműködés megváltozása, hányás, a sétával enyhülő fájdalom, vagy a légzés megváltozása. A WHO ajánlása, hogy a szülés első szakaszát „látencia” (esetleg korai, vagy passzív), második részét pedig „aktív” (esetleg megalapozott) szakasznak nevezzük. A látens első szakaszt a fájdalmas méhösszehúzódások, a méhszáj (*cervix*) megváltozása, bizonyos fokú elvékonyodása és az 5 cm-ig való lassú méhszájtágulás jellemez.<sup>386</sup> Az aktív szakasz során rendszeressé válnak a fájdalmas méhösszehúzódások és a méhszáj lényeges mértékben elvékonyodik. Ez egy gyorsabb tágulási folyamat, melynek során a méhszáj fokozatosan „el nem tűnik”.<sup>387</sup>

A szülés alkalmával a fájdalomhoz fűződő legalapvetőbb élmény is kifordul önmagából: míg szocializációnk során például a sajgó fog, a lüktető fej és az ízületi panaszok fájdalomtünetei valamilyen hibára utaltak, a vajúdo a szülési kontrakciókból jövő fájdalomról nagyon vegyes információkat kap. A fájdalomelkerülés szociokulturális tapasztalata a szülés egészére nézve meghatározó, hiszen azok a várandósok, akik a császármetszést választják a hüvelyi szülés helyett, nagyrészt azért teszik, mert félnek a fájdalomtól (a fájdalom feletti kontroll gyakorlásának elvesztésétől).<sup>388</sup> Ellenben a szülés körüli segítők kifejezetten ügyelnek, hogy már a várandósság során is felkészítsék a leendő vajúdoakat a szülési fájdalom pozitív átkeretezésére (*positive reframing*). Ebben az olvasatban a méhösszehúzódásokhoz társuló fájdalom prokreatív erejét hangsúlyozzák, hiszen a fájdalomra adott válasz gyakran együttjár a testhelyzet megváltoztatásával, mely jótékonyan befolyásolhatja a magzat elhelyezkedését és mozgását is.<sup>389</sup> Ennek a szemléletnek az interiorizációja a medikalizáció szempontjából is előnyös lehet, hiszen a vajúdok fájdalomérzékelésének normalizációja által a gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárások iatrogén ártalmai is mérsékelhetőek, valamint a fájdalom élménye beilleszthető lehet a gyermekkel való együtt-lét mások számára hozzáférhetetlen, itt-és-most jellegű fenomenológiai tapasztalatába. A rendszeressé váló és erősödő fájdalom mindemellett a szülés olykor hektikus (az aktív szakaszban megfigyelhető átmeneti fájásritkulás/gyengülés) kauzális láncolatába is illeszkedik hiszen előrejelzi a folyamat progresszióját.

---

<sup>386</sup> WHO, 2019, 35. o.

<sup>387</sup> Ibid. 35. o.

<sup>388</sup> Sanavi F. S., Rakhshani F. et al.: *Reasons for Elective Cesarean Section amongst Pregnant Women; A Qualitative Study*. Journal of Reproduction & Infertility, (4) 13, 2012, 237–240. o.

<sup>389</sup> Lamaze International: *P P—Lft 21 C*. The Journal of perinatal education, (1) 11, 2002, 10-12. o.

#### 7.4. A magyarországi szülészeti ellátás értékelése a reprodukatív autonómia és a medikalizáció vonatkozásában

A következőkben a dolgozat vizsgálati tartományát szűkíteni fogjuk és első sorban a magyarországi viszonyokat értékeljük. Sallay Viola és Martos Tamás a szülés medikalizációja kapcsán hangsúlyozzák, hogy korunkban a várandósság és a szülés meghatározó élménye, hogy az esetek majdnem száz százalékában az egészségügyi térben zajlik. Sallay felidézi C. Molnár Emma kutatását, amiben a szerző amellet érvelt, hogy a szüléshez intézményesen hozzátársult félelmek sajnálatos módon aláássák a nők kompetenciaérzetét. C. Molnár vizsgálatában száz magyar várandóst kérdezett meg arról, hogy „véleménye, érzése szerint kire kell figyelnie a szülés folyamatában? Kire számíthat, ki segít majd neki?” A válaszadók az első helyre a szülésznőgyógyász orvost rangsorolták, őt követte a szülésznő, harmadikként (ha erre készültek) a férj, majd a szülő nő önmagát csak az utolsó, vagyis negyedik helyen szerepeltette. Sallayék hangsúlyozzák, hogy a szülés eseményét mindezek tükrében sokan olyan folyamatként élik meg, melyben sematikusan előre kijelölhetőek az aktív és passzív résztvevők (ebből ugyancsak kiolvasható a férfi-női antinómia), vagyis azok akik irányítanak és a kiszolgáltatottak, az eseménysorozatot elszenvedők.<sup>390</sup> Kutatásom eredményeinek bemutatásakor a kontrollgyakorlás elvesztéséből kialakuló kiszolgáltatottság-érzésre még visszatérünk, hiszen eredményeim a nemzetközi szakirodalommal összhangban is azt mutatják, hogy a mozgásszabadság, a kontrollérzet és a pozitív szülésélmény egymással szorosan összefüggő fogalmak, így konceptuális hiba feltételezni a vajúdo személy passzivitásának természetességét.

A várandósság és a szülés egzisztenciális értelemben véve igen kritikus időszak. Hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy a várandósság 280 napja alatt csak az embrionális és magzati fejlődés, vagy éppen az anya testének szülésre felkészülése zajlik. Ez azonban csak részigazság, ugyanis az ezekkel járó *korporeális* tapasztalatok végső soron az anya testesült élményei lesznek. Mint korábban hangsúlyoztam, a testtudat minden esetben az azt körülvevő társadalmi és történeti tényeken keresztül formálódik. A várandósság metamorfózisának kezdetén ez még teljesen képlékeny, hiszen a nő minden gyermekvállalással kapcsolatos élménye addig külsődlegesen, azaz eltárgyasítva volt észlelhető. A várandós-én testtudatát

---

<sup>390</sup> Molnár E. C.: *Az anyaság pszichológiája*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1996. idézi: Sallay V., Martos T., Hegyi E.: *Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei: a Szülés-attitűdök Kérdőív kidolgozása és első eredményei*. In: K. Barbara (szerk): *Létkérdések a születés körül*. Budapest, L'Harmattan, 2015. 291-313.



ezen felocsúdva optimális esetben egy lehetőségként kell megragadnunk, amely jó alkalomsorozat a nő kompetenciaérzetének szülésre való kiépítésére. A várandósgondozás során szükséges tehát az a bizalmi, támogatói környezetet, mely nem diszkreditálja a várandósok testtapasztalatainak értékét csak azért, mert az anya és a magzat technikai úton, ultrahanggal is „szórabírható”.

A partneri orvos-beteg (*patient centered care*) kapcsolatot meghatározó normatív elvárás a tájékozott beleegyezés elve, amely a gyakorlatban a beteg megfelelő tájékoztatását és a terápiás döntéshozatalba való bevonását (*shared decision making*) jelenti. A megfelelő információon alapuló szabad terápiás önrendelkezést az ellátottak és betegek kompetenciaérzetének alapfeltételeként kell megragadnunk. Ezek hiányában ugyanis a személy kiszolgáltatottá, alárendelté válik az egészségügyi dolgozókkal szemben. Magyarországon az Orvosi Kamara *Etikai Kódexében* alapértéként elismeri a beteg autonómiájának tiszteletét, valamint másik szöveghelyeken hangsúlyozza, hogy az egészségügyi ellátás etikai alapja „a megértett tájékoztatáson alapuló beleegyezés elve”, amelynek értelmében az „érintetteket a kezelésbe való beleegyezésük előtt, a kezelés alatt és után is megfelelően tájékoztatni kell”. A szülészeti ellátáshoz kapcsolódik továbbá, hogy az „orvosnak általában ki kell kérnie a beteg hozzájárulását fizikális vizsgálat végzése előtt, az intim testtájak vizsgálatának szükségességéhez külön is magyarázatot kell fűzni.”<sup>391</sup>

Az 1997. évi CLIV egészségügyi törvény betegjogai is nagy hangsúlyt fektetnek a betegek kiszolgáltatottságának mérséklésére és számos betegjog védelmezi a beteg autonómiájának elvét és a tájékozott beleegyezés doktrínáját. Tekintsük át ezek közül azokat, melyek a szülészeti ellátás során kiemelten fontosak a partneri orvos-beteg kapcsolat megőrzése céljából.

A vajúdo és szülő nőknek joga van „a jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségügyi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.”<sup>392</sup> A megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog emellett lehetőséget biztosít a jogszabályban foglalt keretek között a szabad orvos és az egészségügyi intézmény megválasztására is. Az egészségügyi ellátáshoz való jogot kiegészítő rendeletek szerint a várandós nőnek joga van továbbá arra, hogy a várandósgondozását orvos helyett az arra jogosultságot szerző szülésznő kíséрге,

---

<sup>391</sup>Magyar Orvosi Kamara: *Etikai Kódex*. 2012.

[https://mok.hu/public/media/source/etikaiKodex/EtikaiKodex\\_2018\\_11\\_24.pdf](https://mok.hu/public/media/source/etikaiKodex/EtikaiKodex_2018_11_24.pdf) Letöltés ideje: 2020. 08. 18.

<sup>392</sup> 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről. 6-9. §

valamint arra is, hogy gyermekét az előírásoknak megfelelően az egészségügyi intézményen kívül, otthonában hozza világra.

Joga van továbbá minden körülmények között az emberi méltósághoz. Ennek értelmében a vajúdó és szülő nőn csak és kizárólag „az ellátásához szükséges vizsgálatok végezhetőek el.” A törvény magában foglalja, hogy melyek a fizikai és kémiai korlátozó intézkedések alapfeltételei, aminek értelmében az egyén mozgásszabadsága „kizárólag sürgős szükség esetén, illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható.”<sup>393</sup> A szülészeti ellátás szempontjából további relevanciája van annak a kikötésnek, miszerint a vizsgálatok elvégzése alatt tekintettel kell lenni a nő szeméremérzetére is. A Magyar Orvosi Kamara *Etikai Kódexe* az emberi méltósággal kapcsolatban leszögezi, hogy az orvos tartózkodjon betege tárgyiasításától, melynek következtében „esetté”, vagy „sorszámmá” válhat.

A kapcsolattartás jogának kereteit meghatározza, hogy a beteg jogérvényesítésével nem akadályozhatja a betegellátás zavartalanságát és nem sértheti meg betegtársai jogait sem. Amennyiben ez az alapfeltétel teljesül, úgy „jogosult más személyekkel akár írásban, akár szóban kapcsolatot tartani, továbbá látogatókat fogadni, valamint általa meghatározott személyeket a látogatásból kizárni. A beteg megtilthatja, hogy a gyógykezelésének tényét vagy a gyógykezelésével kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárják. Ettől csak a gondozása érdekében, közeli hozzátartozója vagy a gondozására köteles személy kérésére lehet eltekinteni.”<sup>394</sup> A törvény értelmében a szülő nők számára biztosítani kell, hogy egészen a vajúdás kezdetétől egy általa megjelölt nagykorú cselekvőképes személy mellette legyen, és köszönhetően a 2019-ben kiadott ombudsman-i jelentésben foglaltaknak arra is, hogy amennyiben újszülöttje egészségi állapota megengedi, vele egy helyiségben tartózkodhasson.

A gyógyintézet elhagyásának joga feljogosítja a vajúdó és szülő nőt, hogy amennyiben cselekvőképes, bármikor elhagyhatja az egészségügyi intézményt, ha azzal saját vagy mások testi egészségét és épségét nem veszélyezteti.<sup>395</sup>

A tájékoztatáshoz fűződő jog részletesen szabályozza, hogy a beteg autonómiájának biztosítása érdekében, az aktív terápiás döntéshozatalban való részvételt biztosítandó a vajúdó és szülő nőknek joguk van a számukra „*egyéniessített formában* [kiem.: T.G.] megadott

---

<sup>393</sup> 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 10. § (4)

<sup>394</sup> 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 11. § (2)

<sup>395</sup> 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 12. §

teljeskörű tájékoztatásra”,<sup>396</sup> valamint le is mondhatnak az orvosi tájékoztatásról, ha ezzel mások testi egészségét nem veszélyeztetik. Ez egy nagyon fontos törvényi rendelkezés, amelynek értelmében az orvosnak a tájékoztatás során figyelembe kell vennie a tájékoztatásra jogosult személy itt-és-most jellegű sajátosságait is és nem támaszkodhat sematikus tájékoztatási gyakorlatokra. Az információ tartalmáról a törvény az alábbiak szerint rendelkezik:

„(2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

- a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h) a további ellátásokról, valamint
- i) a javasolt életmódról.”<sup>397</sup>

Az önrendelkezési jog alapján a „beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, figyelembe véve a 20. §-ban [nem veszélyeztetheti mások életét, testi épségét –T. G.] előírt korlátozásokat.”<sup>398</sup> Ez a jog a szülészeti ellátás vonatkozásában azért is lényeges, mert rendelkezik azokról az esetekről is, amikor az orvos a beteg hozzájárulása nélkül is kiterjesztheti azt a beavatkozást, amibe a beteg korábban tájékozottan beleegyezett. Ennek főszabálya, hogy a kiterjesztés oka *sürgős*

---

<sup>396</sup> 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 13-14. §

<sup>397</sup> Ibid. 13. § (2)

<sup>398</sup> 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 15. § (2)

szükség,<sup>399</sup> vagy a beavatkozás elmulasztása a betegre nézve aránytalanul nagy terhet róna. Fontos megkötés, hogy kizárólag akut életveszély elhárítása céljából terjeszthető ki a műtét azokban az esetekben, amikor ez együttjár valamilyen funkcióvesztéssel is (pl. végtag, vagy szerv elvesztéséhez).

Az ellátás visszautasításának joga a cselekvőképes vajúdo és szülő nők alapjoga, melynek értelmében minden olyan diagnosztikus és terápiás beavatkozás megtagadható, amelynek célja nem az életmentés, vagy életfenntartás. Fontos limitáció, hogy beavatkozás nem utasítható el, „ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné,” valamint várandós nő nem tagadhatja meg azokat a szükséges beavatkozásokat, ha előre láthatólag képes magzatának kihordására.<sup>400</sup>

Végül fontos szemelött tartanunk azokat az eseteket, amelyek során a magyar törvények értelmében nincs szükség a betegről tájékozott beleegyezés kérésére és a beavatkozások ennek hiányában is elvégezhetők. Ilyenek a közegészségügyi szükséghelyzetek, ha sürgős szükség esete áll fenn, ha a beteg korábban lemondott a tájékoztatásról és ha a beteg cselekvőképtelen állapotban van. Összességében elmondhatjuk, hogy a Magyarországon érvényes jogi és etikai szabályozások összhangban vannak a FIGO, az ENSZ és a WHO *respectful maternity care* (RMC) törekvésével, amelynek alapját ugyancsak az emberi méltóság, a titoktartás, a megfelelő színvonalú alapellátás, a tájékoztatáson alapuló beleegyezés és a vajúdas és szülés során végig ívelő folyamatos pszichés és testi támogatás jellemzi.<sup>401</sup>

#### **7.4.1. „Nem-orvosi okokra visszavezethető negatív szülésélmények” – Kutatási cél és hipotézisek összefoglalása**

Miután röviden áttekintettük a magyarországi szülészeti ellátás társadalmi kontextusát és az etikai és jogi értelemben véve meghatározó szöveghelyeit, térjünk rá kutatásom részleteire, melynek célja a nem-orvosi okokból kialakuló negatív szülésélményeknek a

---

<sup>399</sup> „...minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig – végeznek.” 56/2006 (XII. 28) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról.

<sup>400</sup> 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 20. § (3-8)

<sup>401</sup> WHO, 2019, 3. o.

szülészeti ellátás medikalizációjával kapcsolatos összefüggéseinek feltárása volt. Mint eddig rámutattunk, a szülészeti ellátás két alapvető pillérének a reprodukív autonómia alapelvét és a vajúdo és szülő nők testtapasztalatából származó szubjektív fenomenológiai élmény elismerését tartjuk, amelyek egyben az RMC garanciái is. Az eddig bemutatott számos nemzetközi dokumentum ellenére azonban több szakirodalmi szöveg a nők prenatális és intrapartum időszakában megfigyelhető kiszolgáltatottságról és sebezhetőségről számolnak be, amely összességében veszélyezteti az ellátás során általunk esszenciálisnak tarott értékeket.

Hipotézisünk egyrészt az volt, (1) hogy a reprodukív autonómiának és az ehhez kapcsolódó betegjogoknak a korlátozása azokban az esetekben is a negatív szülésélmény kialakulásához vezethet, amennyiben a szülés során magzati és anyai morbiditás, vagy mortalitás nem merült fel. (2) Feltételeztük továbbá, hogy a medikalizált kórházi szülések a nők kontrollérzetének csökkenését okozzák azokban az esetekben, amikor a paternalisztikus orvos-beteg kapcsolat miatt a nők nem aktív terápiás döntéshozók, hanem az orvos döntéseinek passzív résztvevői. (3) Végül hipotézisünk szerint azt gondoltuk, hogy az alábbi nem-orvosi faktorok állnak kapcsolatban a negatív szülésélményekkel: információszegény szülési környezet; a mozgás korlátozása a vajúdas közben; a mozgás korlátozása a kitolási szakaszban; a kontrollvesztés érzése; az önrendelkezés korlátozása. Feltételeztük, hogy vizsgálatunk megalapozója lehet későbbi célirányos kutatásoknak, amelyekben később egyes régiók és adott kórházak szülészeti ellátásának sajátosságait vizsgálnák az ellátás minőségének finomhangolása érdekében, amelyet a közeljövőben tervezünk előkészíteni.

#### **7.4.2. Kutatási módszerek bemutatása**

A pozitív és negatív szülésélményekről szóló szakirodalmi szövegek tanulmányozását követően 2018 áprilisában kollégáimmal közzétettünk egy saját magunk által összeállított nyílt és zárt kérdéseket is tartalmazó, online és bárki által szabadon kitölthető, magyar nyelvű kérdőívet. Az íven vegyesen szerepeltek zárt és nyitott kérdések. A kérdőív platformjául a *Google Űrlap* felülete szolgált. Felhívásunkat és a kérdőívhez navigáló linket célirányosan eljuttattunk azokhoz az adminisztrátorokhoz, akik a vezető közösségi médiumon, vagyis a Facebookon akkoriban üzemeltették a magyar szülészeti tematikájú zárt és nyílt csoportokat. A kérdőív fejlécében hangsúlyoztuk, hogy mi a kutatás célja, hogy a kitöltés feltétele, hogy a

kitöltő nagykorú és cselekvőképes magyar szülési élménnyel rendelkező nő legyen. Külön hangsúlyoztuk, hogy a kérdések összeállítása és a válaszok feldolgozása során is szem előtt tartottuk a biomedikális kutatásokra vonatkozó legfőbb etikai standardokat. Hangsúlyoztuk, hogy a kutatásban való részvétel teljesen önkéntes, hogy a kitöltéssel az alany pressziómentes hozzájárulását adja az adatok tárolásához, feldolgozásához és a kiértékelést követően a publikációs célok megvalósításához. Egyértelműsítettük, hogy a kitöltést bármikor, következmények nélkül meg lehet szakítani és ebben az esetben a kitöltött adatok törlődnek. Feltüntettünk egy e-mail elérhetőséget arra az esetre, ha bárki kérdéssel fordulna felénk. Végül pedig lehetőséget biztosítottunk annak jelzésére, ha a kutatás eredményeiről a későbbiekben valaki információt szeretne kapni. A kitöltéseket elektronikusan rögzítettük, ezeket a Google Drive felhő alapú szolgáltatásával tároltuk, amelyhez hozzáférésem kizárólag nekem volt.

Célcsoportunkat azok a Magyarországon már szülési élménnyel rendelkező nagykorú cselekvőképes nők alkották, akik 1997 óta Magyarországon szültek és valamilyen okból kifolyólag traumatizálódtak. Fél évvel később 506 kitöltéssel zártuk a válaszok fogadását. Ezt követően a kvalitatív és kvantitatív kérdések kiértékelését Dr. Hamvai Csaba pszichológus kollégámmal, aki a statisztikai analízisben nyújtott pótolhatatlan segítséget és Perbiro András, általános orvosképzésben résztvevő TDK-hallgatóval végeztük el, aki a kérdőív összeállításáért és terjesztéséért felelt.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy a kérdőív kitöltői számára nyújtott tájékoztató szövegben nem definiáltuk részletesen a „negatív szülésélmény” kifejezést, így feltételeztük, hogy a kitöltők között vegyesen előfordulnak azok, akik (1) nem rendelkeznek negatív szülésélménnyel és (2) olyanok is, akiknek a szülésélménye valamilyen anyai és/vagy magzati káreseménnyel (orvosi okokkal) magyarázhatók. Erre alapozva az első kérdés egy 1 (nagyon negatív) és 10 (nagyon pozitív) közötti Likert-skála felhasználásával osztályozta a szülésélményeket. Ennek értelmében elsőként kizártuk a vizsgálatból azokat az alanyokat, akik szülésélményüket 6-nál magasabb értékkel pontozták, valamint azokat is, akiknél „egyértelmű orvosi okok” (anyai és magzati egészségkárosodás) eredményezték a negatív szülésélményüket. Mindezek után az eredetileg regisztrált 506 kitöltőből 403 maradt azoknak a kitöltéseknek a száma, amelyek megfeleltek az általunk alkotott negatív szülésélmény szűkített meghatározásának.

### 7.4.3. Eredmények kiértékelése

A kutatás egyik elsődleges célja a kitöltők szüléstörténeteinek kvalitatív adatelemzése volt, melyet a medikalizáció olvasatában végeztünk el. Ehhez szükség volt a medikalizációs események pontos meghatározására, annak érdekében, hogy azonosíthassuk őket a negatív szülésélményeket leíró szüléstörténetekben. A medikalizáció kódolását eszerint végeztük: (1) a szakmai irányelvek szerint szükségtelen,<sup>402,403</sup> az érintett nő által elutasított,<sup>404</sup> az érintett nő számára nem megmagyarázott orvosi beavatkozások elvégzése. (2) A reprodukív autonómia elvének megsértése (a vajúdás és szülés során a diagnosztikai eszközök feletti önrendelkezés indokolatlan/meg nem magyarázott korlátozása; a vajúdás és szülés helyszínének indokolatlan/meg nem magyarázott áthelyezése egészségügyi-térbe a vajúdo/szülő nő kifejezett akarata ellenére; az önrendelkezés indokolatlan, a gyermek ellátásának a nő számára nem megmagyarázott, az érintett nő által elutasított formái, elhelyezésének és táplálásának. (3) A vajúdás és szülés során végzett orvosi és szakdolgozói tevékenység, mely a legfőbb betegjogok (a tájékoztatás joga, az emberi méltósághoz való jog, az önrendelkezés joga, a kapcsolattartás joga, az ellátás visszautasításához való jog, a gyógyintézet elhagyásának joga) indokolatlan, az érintett nő által nem akart, az érintett nő számára nem megmagyarázott korlátozásához vezettek.

Spearman korrelációs analízissel végeztük el a negatív szülésélmények és a nem-orvosi traumatizáló okok (elegendő mennyiségű információ; a vajúdás és szülés közbeni mozgásszabadság; kontrollérzet) közötti kapcsolat értékelését. A kérdőív kitöltőit arra kértük, hogy a reprodukív autonómiához kapcsolódó különféle állításokat (mozgásszabadságról; kompetencia-érzetről; a tájékoztatás és az ezen alapuló döntési szabadságról) értékeljenek 1 és 5 közötti Likert-skálákon (1=teljesen egyet értek; 2=részben egyet értek; 3=nem igazán értek egyet; 4=egyáltalán nem értek egyet; 5=nem tudom megítélni). A zárt végű kérdések kiértékelése előtt azon kitöltők válaszait, akik nem tudtak állást foglalni az egyes kérdésekről, a statisztikai analízisből kizártuk.

Többszörös lineáris regressziós analízissel igyekeztünk szignifikáns negatív és pozitív korrelációkat azonosítani a negatív szülésélmények és a nem-orvosi traumatizáló faktorok

---

<sup>402</sup> A referenciát ebben a tekintetben a WHO által kiadott legfrissebb szülészeti ellátásra vonatkozó irányelv képezte.

<sup>403</sup> A továbbiakban: indokolatlan beavatkozás.

<sup>404</sup> Kivéve sürgős szükség esetei.

között. A gyakoriság eloszlásra vonatkozó számításokat a *Google Űrlap* program segítségével, míg a korrelációs analízist és a többszörös lineáris regressziós analízist *IBM SPSS Statistics 23.* programmal végeztük.

### **Zárt kérdések eredményeinek bemutatása**

A zárt kérdések kiértékelésénél több szignifikáns korrelációt kaptunk. A statisztikai elemzés során megállapítást nyert, hogy az átfogó orvosi információ ( $r=0,25$ ;  $p<0,01$ ), az orvosi döntéshozatalban való aktív részvétel; ( $r=0,22$ ;  $p<0,01$ ), a vajúdas és a szülés során meghagyott mozgásszabadság ( $r=0,21$ ;  $p<0,01$ ) pozitívan befolyásolták a szülésélmény egészét, míg a kontrollvesztés-érzete hozzájárult a negatív szülésélmény kialakulásához.

A többszörös regressziós modell ( $F=9,26$ ;  $p<0,01$ ;  $R^2=0,1$ ) a negatív szülésélmények 10%-os varianciáját magyarázza.

A kellő mennyiségű információ ( $\beta=0,13$ ;  $p<0,05$ ); a nő vajúdas és szülés alatti mozgásszabadságának korlátozása ( $\beta=0,11$ ;  $p<0,05$ ) a negatív szülésélmények pozitív, míg a kontrollvesztés érzése ( $\beta=0,13$ ;  $p<0,01$ ) szignifikáns negatív prediktorként értelmezhető.

A szülésélmények a szülés típusát tekintve egymással arányosan oszlottak meg: 54% hüvelyi szülés ( $n=219$ ) és 46% ( $n=184$ ) CSM (94 hüvelyi szülésnek induló császármetszés; 90 „programozott császármetszés”). A negatív szülésélményt átélő kitöltők szülésélmény pontszámának átlaga az 1-10-ig terjedő Likert-skálán 3,00 ( $n=403$ ;  $sd=1,51$ ). A császármetszéssel végződő hüvelyi szülés átlagpontszáma: 2,72 ( $sd=1,37$ ); a „programozott császármetszések” átlagpontszáma: 2,65 ( $sd=1,43$ ); a hüvelyi születek átlagpontszáma a császármetszésekkel összevetve valamivel magasabb: 3,27 ( $sd=1,55$ ).

Mintákon a születek naptári évre vetített átlaga 2013 ( $sd=4,93$ ) volt.

A kérdőív kitöltői a negatív szülésélményük későbbi gyermekvállalásra gyakorolt hatását (gyermekek száma/időzítése) szintén 1-5 közötti Likert-skálán (1=egyáltalán nem; 5=teljes mértékben) értékelték. A válaszok átlaga 3,27 ( $sd=1,51$ ) volt. A válaszadók 52%-a ( $n=210$ ) érezte úgy, hogy nagymértékben (a válasz értéke  $\geq 4$ ) befolyásolta a gyermekvállalási terveket a negatív szülésélményük.



A betegtájékoztatással kapcsolatos preferenciákat és elégedettséget is kérdeztük. A várandósgondozással kapcsolatos elégedettségüket a kitöltők 1-5 közötti Likert-skálán (1= egyáltalán nem volt megfelelő; 5=teljes mértékben elégedett voltam) pontozhatták. A válaszok átlaga 3,29 (sd=1,25) volt. A válaszadók mindösszesen 14%-a (n=106) volt kifejezetten elégedetlen (a válasz értéke  $\leq 2$ ) a várandósgondozás során tapasztalt tájékoztatási gyakorlattal.

Az újszülöttel való elhelyezésre, vagy az esetlegesen indokolatlan/meg nem indokolt szeparációra is kitértünk. A kitöltők 40%-a (n=164) nem tapasztalt ilyen jellegű szeparációt, míg a válaszadók nagyobbik része, 60% (n=239) igen. Az újszülött szeparációjának élménye a válaszadók döntő többségének, 87%-nak (n=210) megterhelő volt. Vizsgálatunk továbbá kitért arra, hogy a negatív szülésélmény hogyan befolyásolja a kapcsolatot az újszülöttel. 1-3 közötti Likert-skálán (1=negatívan befolyásolta; 2=nem befolyásolta; 3=pozitívan befolyásolta) formálhattak véleményt. A kitöltők 40%-nak (n=162) egyértelműen negatív irányba befolyásolta; a többségnek, vagyis 52%-nak (n=211) nem befolyásolta, míg 7%-nak (n=29) pozitív irányba befolyásolta a szülésélmény a gyermekéhez való kötődés kialakulását.

A kérdőív kitöltőinek többsége, 65%-a (n=264) adott hálapénzt az orvosnak. 96%-uk utólag (n=252), míg a válaszadók 4%-a (n=12) előre fizetett. A hálapénzt adó szülő nők szülésélmény pontszámának átlaga: 3,02 (3,06 az utólag és 2,08 az előre fizetők esetében) és a hálapénzt nem fizetők átlagpontszáma: 2,98 közel azonos. Mintánkon nem igazolódott, hogy a szülésélmény traumatizáltságának mértéke befolyásolná a hálapénzfizetési szokásokat.

Az egészségügyi szakszemélyzet és a vajúdo és szülő nők közötti hierarchikus különbségeket a kitöltők nem támogatják. Arra kérdésünkre, hogy „Ideális esetben milyennek gondolja a várandósgondozás és szüléskísérés során az orvos-páciens viszont” a válaszadók 84%-a nagy többséggel (n=341) a partneri orvos-beteg kapcsolati modellt preferálta.

### **A kvalitatív eredmények feldolgozása**

Kvalitatív kutatásunkhoz arra kértük a kitöltőket, hogy foglalják össze saját szavaikkal, miért élték meg negatív élménynek a szülésüket. A következőkben ismertetem a szüléstörténetekben megfigyelhető medikalizációs hatásokat, amelyeket elsőként a betegjogok vonatkozásában szeretném bemutatni. A szüléstörténetek (n=506) szűrését követően, azoknak

a szövegeknek a kódolását végeztük el, amelyekben nem-orvosi okokból kialakuló negatív szülésélménnyel találkoztunk (n=403). Vizsgálatommal arra szerettem volna rámutatni, hogy a medikalizáció anyai és magzati károsodás nélkül is képes negatív szülésélményt okozni, amely, mint igazoltuk, befolyásolja az újszülötthöz való kötődést és a későbbi gyermekvállalási terveket is.

A szelekció után megmaradt 403 szüléstörténetben 449 esetben találtunk arra utaló szöveghelyet, amely következtetni enged valamely betegjog, vagy betegjogok egyidejűleg történő korlátozására, amelyeknek gyökere a medikalizáció tárgyiasító, elidegenítő, az autonómiát korlátozó, végső soron paternalisztikus attitűdje. Az önrendelkezési jog esetében 181 (41%), a tájékoztatáshoz fűződő jog esetében 161 (37%), az emberi méltósághoz való jog esetében 82 (19%), míg a kapcsolattartás joga esetében 42 (10%) és végül az ellátás visszautasításához való jog esetében 21 alkalommal (5%) találtunk problémára utaló jeleket.

### **Önrendelkezéshez való jog**

Az önrendelkezés joga a reprodukatív autonómia etikai alapelvének *de jure* garanciája, amelynek érvényesülése, vagy háttérbeszorítása a szülésélményre is kimutatható következményekkel jár. Azokban az esetekben, ha a nők kompetenciaérzete megfelelő, ha a terápiás döntéshozatal részeseinek érzik magukat, mint azt a mintánkon végzett statisztikai analízis is megerősítette, pozitív hatást gyakorol a szülésélmény egészére nézve. A szüléstörténetek átolvasását megelőzőleg a WHO szülésről szóló irányelveire tekintettel meghatároztuk, hogy melyek az önrendelkezés jogához szervesen kapcsolódó orvosi beavatkozások, amelyek az intrapartum időszakban az anya szülésélményére nézve befolyással bírnak: a magzatburok megrepesztése; méhszáj vizsgálat; hüvelyi vizsgálat; beöntés; gátmetszés; szeméremszőrzet eltávolítása egészségügyi dolgozó által; intravénás folyadékpótlás; vénabiztosítás; oxitocin infúzió bekötése; Kristeller-műfogás.

Általánosságban tehát a mi olvasatunkban azok a nők nem gyakorolhatták önrendelkezésüket, akiknek orvosszakmai okoktól függetlenül (1) nem volt lehetőségük terápiás/diagnosztikus eljárások között választani, (2) nem választhatták meg szabadon az egészségügyi intézményt/szaksegítőiket, (3) a vajúdas és a szülés alatti testhelyzetüket nem választhatták meg szabadon.

181 szüléstörténetben találtunk arra utaló szövegrészt, melyet a nő a vajúdás vagy szülés során az önrendelkezésének indokolatlan, aránytalan korlátozásaként élte meg, és adott esetben olyannak, melynek szükségességét számára nem indokolták meg. A következőkben a jellemző problémákból válogattam:

*„Semmilyen vizsgálat előtt sem szóltak vagy kérték az engedélyemet. A tudtom és beleegyezésem nélkül adtak be gyógyszereket. Nem kezeltek kompetensként a saját szülésemnél. Nem választhattam szabadon testhelyzetet a vajúdás alatt. Nem biztosították az aranyórát. A császármetszést követően szeparálták a gyermekemet tőlem.”*

*„... egy durva méhszájvizsgálat után fenyegető hegripedésre hivatkozva szinte minden kölcsönös kommunikáció hiányában már toltak is a műtőbe. Egy darab húsnak éreztem magam, szabad akarat és erő nélkül.”*

*„... kontrollt teljesen elveszítettem, a kéréseimet (magától indulhasson a szülés, legalább a terminust várjuk ki, esetleg gondoljuk végig, nem lehetne-e megpróbálni a farfekvés ellenére a hüvelyi szülést stb.) lesöpörték az asztalról, végig azt éreztették velem, hogy nem vagyok kompetens, fogalmam sincs, hogy mi a jó nekem és a babámnak. Tulajdonképpen számomra a trauma az volt, hogy egyrészt nem szültem. Lett egy gyerekem, de nem szültem, másrészt hogy senkit nem érdekelt, hogy nekem vannak-e elképzeléseim, én értem-e mi miért történik stb.”*

*„Megalázottság, legyőzöttség érzése. Ellopták tőlem a szülés, a gyerekektől a születés diadalát azzal, hogy felfektettek, megváltak, és kinyomták belőlem mint egy fogkrémet a tubusból. Hát mi rossz lett volna abban kérdelem, ha egy órával tovább tart ugyan a szülés, de én tolom ki, urambocsá térdelve, állva [...] Ki találta azt ki, hogy mindennél fontosabb a szülés minél rövidebb időtartama?!”*

*„A fájásokat, mint segítő hullámokat el tudtam fogadni és nagyon jól együtt működtem a testemmel. Azonban amikor megérkezett az orvos, már nem engedett le a szülőágyról és a bekötött oxitocin teljesen megtörte a saját ritmusomat. Onnantól megritkultak és meggyengültek a fájásaim. Megélni a megszűnt összhangot, volt a legrosszabb. Aztán az*

*orvos elkezdte vezetni a szülést. Ő mondta meg mikor nyomjak, mikor ne. Ez már a teljes eltávolodás volt attól, amit a testem tenni szeretett volna.”*

A példaként használt történetekben számos közös kapcsolódási pont megfigyelhető. Egyrészt átüt a szövegekből a vajúdas és szülés élményének fenomenológiai testtapasztalata, mely felett a gyakorta hozzájárulás kérése nélkül, vagy annak ellenére is elvégzett orvosi beavatkozások központosulnak. A kompetenciaérzet és a szabad akarat elvesztéséhez kapcsolódó tárgyasultság érzet tehát meghatározó élménye a negatív szülésélményeknek, melyet a kérdőív kitöltői gyakran rendkívül árnyaltan és drámaian fogalmaztak meg. A paternalisztikus attitűd sokszor eredményezte az anya első személyű élményvilágának bagatellizálását, vagy figyelmen kívül hagyását, amit a következő szöveghelyek is alátámasztanak.

*„nagyon fáradt voltam, remegtem - ezt nem hogy nem vették figyelembe, de még be is szóltak miatta. [...] Szörnyű volt az egész kiszolgáltatott helyzet, tárgyként kezeltek. [...] Egyáltalán nem éltem meg hogy épp világra jött a gyermekem, csak azt, hogy valami szörnyűség történt. [...] Valamit ott elvesztettem, azóta más vagyok, megtörték és elvették az élményt, hogy gyermekem született.”*

*„Rávettek az [gyógyszeres szülés – T.G.] indításra a 41. héten, nem tudtam, hogy visszautasíthatom, a végén már mindenki nyaggatott, hogy szüljek már meg. De nagyon szépeket ígértek előtte. Géllal indítottak, borzasztó volt a felhelyezése. Utólag kellett rájönnöm, hogy végig a császár felé toltak, nem hittek bennünk "majd meglátjuk, hogy kifizér-e". Megalázó mondatok: "a doktorúr kedvéért szépen leborotváljuk, neki ez jár" Éhezettettek, telenyomtak oxitocinnal, lekötöztek, kézzel tágitottak, hümmögtek, burkot repesztettek, akkor majdnem elájultam. [...] Kiabáltak, hogy miért nem a tálba hányok, amit adtak. Műtőbe toltak, kiabáltak, hogy miért nem tartom magam jobban. [...] vágna, fáj, mintha beleznének, rángattak, halálfélelem. Nyugtatót adnak. [...] Gyerek kint. [...] Elviszik, férj utánuk, utána megtárgyalják felettem, hogy ez milyen praktikus, igazi gátvédelem, minden a régiben marad odalent. Utána kitolnak, pillanatra baba a kezembe, fotó, szuper családot csináltak, kifeszégetik a karomból, nem tudom, hová viszik.”*

*„Olyan volt mintha semmi közöm nem lett volna a szüléshez. Inkompetensnek és szerencsétlennnek éreztem magam. Indították a szülést oxitocin adagolásával. Nagyon fajt. Senki nem mondta h normális. Nem tágultam és 5óra mulva csaszarra toltak. Olyan volt mint a vagohid. Rideg hideg fém. És legfőképp embertelen. Leszóltak, kitakartak, kapkodtak, nem beszéltek. Sirásomra azt mondták nem vagyok már 3 éves.”*

Megfigyelhető, hogy a kérdőív kitöltőinek negatív szülésélménye sok esetben nem abból fakad, hogy a szülő nő megkérdőjelezné az orvos, vagy az egészségügyi szakdolgozók által elvégzett beavatkozások létjogosultságát, hanem a tájékozott beleegyezés doktrínájára irányult ösztönös igényből. Mintánk alapján azt tapasztaltuk, hogy a segítők a nők önrendelkezési igényét sokszor akadályozó tényezőnek látták és figyelmen kívül hagyták. A szülés egészének medikalizációját magyarázat nélkül, hatalmi asszimetriájukból kifolyólag fenntartották.

*„A szülésznő teljesen medikalizált szemléletű volt, csak akkor jött be hozzám, ha vizsgálni kellett vagy beadni nekem valamit, de egyébként úgy kezelt, mint egy tárgyat, gyakorlatilag egy szava sem volt hozzám...”*

*„Nem a szüléssel járó természetes fájdalom miatt volt negatív élményem. Hanem az orvosi vizsgálatoktól, amikről nem tájékoztattak és nem kérdeztek meg, mint a burokrepesztés, Kristeller műfogás és a többi fájdalmas művelet. Mikor szóvá tettem, hogy ezek nagyon rosszak nekem, csak bagatellizálták...”*

*„Az orvos újra és újra belémnyúlt anélkül, hogy mondott, vagy kérdezett volna valamit és megrepesztette a burkot!!!!!! Rámvigyorgott és annyit mondott, hogy most már akkor szülünk. Tudom, de miért nem tudta megbeszélni, hogy mit készül velem, ijedt anyával tenni?!?!?!”*

## A tájékoztatáshoz való jog

Mint arra az elméleti összefoglalóban hivatkoztunk, a szülészeti ellátásra vonatkozó nemzetközi irányelvek (WHO, FIGO, ENSZ) és a magyarországi orvosi etikai és törvényi háttér is amellett szól, hogy a vajúdo és szülő nők alapvető joga az érthető nyelvezetű, torzításmentes és tényszerű orvosi tájékoztatás. A folyamatos tájékoztatás a kompetenciaérzet kialakulásához és fenntartásához szükséges olyan eszköz, mely a vajúdás és a szülés során, valamint a végső élmény szempontjából is meghatározó. Az önrendelkezés mellett a tájékoztatás joga is hozzájárul a WHO által szorgalmazott RMC-hez (*respectful maternity care*).

A szüléstörténeteket átolvasása során 161 olyan esetet találtunk, amely utalhat a betegtájékoztatáshoz való jog korlátozására. Azokat a szöveghelyeket kerestük, melyekben a szüléstörténet írója a tájékoztatás információtartalmára, a tájékoztatás érthetőségére, vagy ezek együttes hiányára tett utalást. A következőkben a jellemző szöveghelyekből válogattam.

*„Leginkább a beavatkozások előtti tájékoztatások hiánya miatt éltem meg negatívan a szülést, valamint a szülésznő kommunikációjával sem voltam elégedett. A férjem nem jöhetett be velem a szülőszobai vizsgálóba, nem értem miért. Az orvosom a terminus előtti naptól rendkívül fájdalmas méhszájvizsgákat végzett (3szor), amire csak annyit mondott, bocsánat, elnézést, de muszáj. Nem mondta el pontosan mit csinál. Véreztem utána, megijedtem, nem szólt, hogy ez várható. Kisebb fajta erőszaknak éltem meg, hiszen semmit se tudtam tenni ellene, plusz teljesen elvette a maradék önbizalmam is, hiszen a doktor maga mondta, ott egy gyereknek kell kijönni, ez csak az ujjam...”*

*„Volt egy határozott elképzelésem, hogyan szeretnék szülni. Ez viszont nem valósult meg, csak hozták a beleegyező nyilatkozatokat fájások közben, azt sem tudtam, miket írok alá, csak sürgettek, hogy itt meg itt írjam már alá.”*

*„a szülésznő nem volt túl barátságos és frusztrált bizonyos kijelentéseivel, pl. előttem ecsetelte egy másik szülésznővel, hogy mennyire utál széket takarítani (persze más szót*

*használt). -sajnos számomra régimódi szemléletet képviselt, mindent a protokoll szerint elven! -nem tájékoztattott semmiről, csak csinálta -kaptam a végén oxitocint, a miéltre a válasz: csak, mert ilyenkor kell! -és nem adhattam át magam a testem vezérelte szülésnek, folyamatosan irányítottak hogyan, mikor, hova nyomjak.”*

*„Amikor kérdeztem valamit, a szülésznő csak kétszavas mondatokban válaszolt. Aztán rámszólt, „milyen kíváncsi itt valaki...jobb lenne, ha a saját dolgával foglalkozna, ahogy én is!” De azt sem tudtam, mi az én dolgom, ahogy azt sem, mi és miért történik velem.”*

A medikalizáció ebben az esetben jelentheti a szülő nő részére orvosszakmailag indokolt diagnosztikai és terápiás lehetőségek oly módon történő elvégzését is, amikor nem társult hozzá az adott helyzethez igazított információátadás. Ez a kapcsolati aszimmetria felerősíti a szülőszobai hierarchikus különbségeket a szaksegítők és a vajúdó/szülő nő között.

A kérdőív kitöltői sok esetben artikulálták, hogy a császármetszés traumatizációjának egyik fontos forrása az volt, hogy a várandósgondozás során ennek a forgatókönyvnek még a lehetősége sem merült fel az orvossal történő kommunikáció során:

*„Egyáltalán nem készültem császármetszésre, nagyon rossz volt, ahogy elvittek a műtőbe, ahogy a fürdőruha felsőt is le kellett venni (nem is értem, miért volt rá szükség). A nehezen (kb.6-vagy 7edjére) sikerült érzéstelenítés... Hogy szülés után csak egy pillanatra mutatták meg, nem tették a mellkasomra. Apa nem jöhetett be a műtőre, egy vadidegen műtősnő kezét szorongattam...”*

*„Az egész terhesség alatt egyszer sem merült fel a császár lehetősége. Elfolyt magzatvízzel mentünk a kórházba, se fájás, se táulás. Oxitocint és antibiotikumot kaptam egyből, mindenképp a hátamon kellett feküdnöm, ami borzalmasan fájt. Folyton vizsgáltak, és nem tágulatam. 8 óra elteltével doki közölte, hogy "ebből jó állapotú gyerek nem lesz, de döntse el".”*

A tájékoztatás hiányának egzisztenciális tapasztalata szervesen összefügg az önrendelkezés korlátozásával. Ezek együttesen a kompetenciaérzet drasztikus csökkenéséhez vezetnek. Az egészségügyi dolgozók azokban az esetekben, amikor egy természetét tekintve nem sürgősségi beavatkozásról egy cselekvőképes, információ befogadásra alkalmas és döntéshozatalra képes személy feje fellett döntenek, a hatalmi helyzettel való visszaélésnek,

ezáltal a medikalizáció egyik kézzel fogható tapasztalatának tekinthetjük. A tájékozatlansághoz a tárgyasultság érzése mellett gyakran társultak az infantilizáltság élményei is.

*„Úgy éreztem, nem vagyok ura a saját testemnek. Bárki dönthetett a történések felől, csak én nem. Visszatekintve későbbi szülésélményeimen keresztül, túl sok fölösleges fájdalomnak voltam kitéve. Értem ez alatt a hüvelyi tágitást kézzel. Megalázó volt, hogy bárki jöhetett, mehetett a szülőszobába, míg én ott kiterítve feküdtem. Teljesen figyelmen kívül hagyva a minimális intimitást. Szerettük volna, ha a férjem bent lehet velem, de ezt nem engedték. Senki, semmit nem magyarázott el, hogy mit miért tesznek.”*

*„Az elégtelen tájékoztatás volt a legnehezebb, úgy éreztem magam, mint egy elveszett gyerek...”*

### **Emberi méltósághoz való jog**

Az emberi méltósághoz való jog védelme a vajúdas és a szülés egésze alatt alapvető fontosságú. Tekintettel a szeméremérzetből fakadó individuális különbségekre, egyes nők számára felszabadító lehet teljesen meztelenül szülni, míg másokat az alsónemű eltávolítása is szorongással tölti el, így különösen fontos figyelembe venni a várandósok ez irányú igényeit. Az emberi méltóság tiszteletben tartását a WHO az RMC elérésének tekintetében az előző két betegjoggal együtt esszenciálisan fontosnak tartja.

A szüléstörténeteket átolvasva 82 esetben találtunk olyan szöveghelyet, amely a méltóság megsértésére utalhat. A medikalizációval összefüggésben ezt a tiszteletteljes kommunikáció hiányaként értelmezhetjük, mely tárgyasíthatja az egyébként kiszolgáltatott helyzetben lévő vajúdo és szülő nőket. A következőkben a jellemző szöveghelyekből válogattam.

*„Senki sem törődött velem és a félelmeimmel. Megalázottnak és kiszolgáltatottnak éreztem magam. Csak egy munkadarabnak, miközben épp életet adtam a gyerekemnek.”*



*„A doki közben próbált egy két poént elsütni a férjemnek hogy varrjon-e szűkebbre, hogy jobb legyen neki pár hét múlva. Majd a varrás végén megsimogatta a combom, hogy jó kislány voltam, amiért szót fogadtam. Ahányszor ez a téma előjön, a férjem azt mondja, bárcsak lett volna annyi mersze, hogy betörje az orrát, mert azt érdemelte volna.”*

A szülés közbeni kiszolgáltatottság élménye sokszor olyan testesült tapasztalatokhoz kapcsolódik, mint a testszégyenítés (*body shaming*) jelensége. Ennek hátterében több más ok mellett szerepet játszanak a női szépségjegyekkel kapcsolatos társadalmi normák is. Ezeket az ellátó személyzet gyakran (véltetően tudattalanul is) a várandós testképével kapcsolatosan is referenciaként használ fel, és egyes esetekben ezt (teljesen elfogadhatatlanul) kifejezésre is juttatja.

*„Nem volt fogadott orvosom, de ez még nem jelenti azt, hogy lekezelően kell viselkedni egy éppen első gyermekét világra hozni kívánó nőt! Az, hogy a súlyomat kritizálták, az egy dolog. [...] A legnagyobb megaláztatás a műtét előtti érzéstelenítést beadó fiatal aneszteziológus volt. Meglátott, karba tette a kezét, végig mért vigyorogva és kijelentette, hogy nem nagyon kellene mozgatni, maradjon meg az ágy az utókornak! [...] Mindegy, hogy eleve sírva mentem be oda, hogy még meg sem tudom szülni a lányomat, ez még rá nyomta a bélyegét az estére. Majd a sebész orvos is úgyszintén végigmért engem, és "gratulált".”*

*„Úgy bántak velem, mintha egy állat lennék. Az első szülésem volt, nem tudtam mi hogyan van, nem voltam eléggé felkészült és a szülésznő meg az orvosnő is mindketten megalázóan viselkedtek, szidtak ha valamit nem úgy csináltam, ahogy ők akarták, nem engedték, hogy abban a pozícióban legyek amiben szerettem volna. Végig azt éreztem, hogy elégük van belőlem és úgy tekintenek, mint egy férget. Mindezt úgy, hogy előzőleg nagymellel állították, hogy ez egy bababarát kórház és fogadott orvos nélkül is nagyon kedvesek lesznek. A szülés után az orvos még viccelődött is rajtam.”*

## A kapcsolattartáshoz való jog:

Tekintettel arra a tényre, melynek értelmében a vajúdas és szülés ideje alatt a pszichoszociális támogatás a szülésélményt pozitív irányba befolyásolhatja, a kapcsolattartás jogát a szülészeti ellátás egyik legfontosabb tényezőjének tekintjük. A fizikai és érzelmi támogatás, akárcsak a folyamatos tájékoztatás, a pozitív szülésélményt elősegítő faktor. A legtöbb esetben a családok törekszenek a gyermekük születésének közös megélésére, melynek garanciája Magyarországon, hogy a vajúdo és szülő nők maguk mellett tudhatnak egy nagykorú cselekvőképes támogató személyt az egészségügyi törvény értelmében. A kapcsolattartás az egészségügyi intézmények hatalmi viszonyait szimbolizáló dichotómiák (külső-belső; szaksegítők-vajúdo; tudás-nem tudás, stb.) leküzdése céljából, szimbolikus értelemben is fontos.

A szüléstörténeteket áttekintve azokat a szöveghelyeket kerestük, melyekben a kapcsolattartás jogának korlátozása a törvényi feltételeknek nem volt megfelelő, vagy arra a család számára nem megmagyarázott okokból került sor. 42 esetben találtunk a kapcsolattartás nem megfelelő módon megvalósított korlátozására utaló szöveghelyet, melyet ennél fogva a hatalmi aszimmetria manifesztációjaként, a medikalizáció egyik jelzőfényeként értelmeztünk.

*„Problémamentes terhesség és szülésindulás után értünk a kórházba. Az első vizsgálat az ügyeletes orvos részéről gyanúsán erős fájdalommal járt. Ezek után – habár a fogadott orvosunk előzetesen többszörösen biztosított az apás szülés lehetőségéről – a férjemtől szeparáltak (indokolatlanul).”*

*„Másra számítottam. Azt hittem, mivel felfogadtam a szülésznőt, majd velem lesz, ez helyett bedobott egyedül vajúdni a vajúdobá a férjem nélkül 5perces fájásokkal órákig. Kényelmetlenül, kiszolgáltatottan, magányosan éreztem magam. Semmi segítségem nem volt, egyedül vajúdtam egy rideg, idegen helyen. Mikor megszületett a lányunk, pár másodpercre tették a mellkasomra. Ezt az élményt vártam végig, hogy végre megölelhessem, együtt lehessünk. Egészségügyi oka nem volt, mégis elvették tőlem. Szerintem ez embertelen és elfogadhatatlan.”*

A statisztikai elemzésben már utaltam rá, hogy a mintánkon szembeötlő az újszülöttek egészségügyi indokok nélkül, vagy az anyának nem megmagyarázott egészségügyi indokok miatt történő szeparációja. A szüléstörténetek visszatérő toposza az „aranyóra”<sup>405</sup> hiánya és az újszülött hosszabb-rövidebb ideig az anyáktól való elválasztásának problémája. A negatív szüléstörténetek általános élménye a kiszolgáltatottság és félelem érzete, amelyet többek között az alábbi szöveghelyek illusztrálnak.

*„Saját állapotomat, érzéseimet megítélni képtelen, inkompetens betegnek tekintettek. Gúnyos megjegyzéseket tettek rám, amiért aggódtam a babám egészsége miatt. A gyerekem állapotáról nem tájékoztattak. A beavatkozásokkal kapcsolatban semmilyen tájékoztatást nem kaptam. Szülés után azonnal szeparálták az újszülöttemet, a kapcsolattartást nem tették lehetővé a kórházban tartózkodás alatt.”*

*„Szülészeti erőszak áldozata voltam. Indított szülés terminus túllépés miatt a 41. héten (valójában a 40 napos ciklusaim miatt még 40 hetes sem voltam), oxitocin, eda, gátmetszés, kristeller műfogás a tájékoztatásom és beleegyezésem nélkül, szeparáltak a kisbabámtól az első 16 órára és nem adtak róla semmilyen tájékoztatást... engedetlen gyermekként kezeltek, megalázó módon bántak és beszéltek velem.”*

### **Az ellátás visszautasításának joga**

A medikalizáció egyik legszembetűnőbb példáját képezik azok az esetek, melyek során a várandós/vajúdo/szülő nők döntési szabadságát nem veszik figyelembe, és kifejezett akaratuk ellenére is elvégeznek rajtuk olyan diagnosztikai és terápiás beavatkozásokat, amelyek nem tartoznak a *sürgős szükség* esetének definíciós térréumába. A medikalizáció

---

<sup>405</sup> Aranyórának nevezzük az újszülött világrajöttét követő 1-2 órás időszakot, amely során a még magzatmázás gyermeket az anya mellkasára helyeznek a bőr-bőr kontaktus biztosításával és a gyermek melegentartása mellett. Rövid időn belül megfigyelhető, hogy a magzat kúszó mozgást folytat az emlők irányába, majd ösztönösen mellretapad. Az ebben az időszakban az emlőben termelődő előtej (kolosztrum) nagy koncentrációban tartalmaz antitesteket, amely az egészséges gyomor-bélflóra kialakulásához szükséges baktériumokkal oltja be az újszülött emésztőrendszerét. A korai mellrevétel lehetőségének elmulasztását ennek tudatában sok anya kifogásolja, főként császármetszéses szülések esetében, amikor is nem jellemző a hosszabb ideig fennálló bőr-bőr kontaktus biztosítása.

alesetének tekintem azokat a szituációkat, amikor a WHO irányelvek fényében megkérdőjelezhető szükségességű diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozásokat az anya autonómiájának kárára akkor is elvégeznak, amikor annak az anyára és a magzatra nézve sincs egészségügyi előnye (rizikócsökkentés), és azt a nő határozottan visszautasítja.

Ezek típusosan azok az élethelyzetek, melyek során (1) a várandós már a várandósgondozás során felhívja az orvosa figyelmét, hogy nem szeretné, ha a szülést bármilyen mesterséges eszközzel beindítanák; (2) vagy később határozott szülési tervvel érkezik a szülőszobára, és ebben rögzíti, hogy melyek azok a beavatkozási formák, amelyeket visszautasít; (3) vagy a szülőszobai felvétel után kommunikálja az ellátással kapcsolatos igényeit.

A szüléstörténetek áttekintése során az ellátás visszautasításának indokolatlan és nem megmagyarázott korlátozásait 21 esetben azonosítottuk. A következőkben a jellemző szöveghelyeket olvashatjuk.

*„Nem tájékoztattak a soron következő vizsgálatokról, csak valaki bejött, belémnyúlt és kiment (akár karbantartó is lehetett volna, mert nem volt bemutatkozás, semmi). Az orvos és a szülésznő figyelmen kívül hagyta a kéréseimet. Oxytocint adtak a határozott kérésem ellenére.”*

*„Előre kértem a választott orvosomat, hogy 1. ne csináljon 2 ujjnyi méhszájnál burokrepesztést, 2. ne kelljen hátonfekve szülnöm. Megígérte, hogy nem kell ezeket megélnem és kihasználta azt, hogy nagyon meg voltam illetődve és ijedve, mivel először szültem és mindkettő kérésemet semmibe vette. Kitolásnál nyomta a hasamat és persze végül gátmetszést is végzett. Akkor fel sem fogtam, hogy mennyire szemét volt ezek miatt...”*

*„Nem tájékoztattak semmiről. A tudtom nélkül vágták szét a gátam, amit aztán érzéstelenítés nélkül varrtak össze. Kértem, hogy a köldökszinórt ne vágják el, figyelmen kívül hagyták. A méhlepényt a köldökszinórtnál fogva rángatták ki belőlem. Ezt is kértem, hogy ne, de szintén figyelmen kívül hagyták. A szülésznő türelmetlen volt és a hasamra tenyerelve nyomta ki belőlem a babát. Majd az aranyóra közben is jó erősen megnyomták a hasam mondván " most folyjon ki ne a padló legyen véres.”*

## A császármetszéssel kapcsolatos fenomenológiai tapasztalatok

A szülészeti-nőgyógyászati ellátás medikalizációjának a világ szinte minden részén kimutatható következménye a hüvelyi szülések háttérbe szorulása a császármetszésekkel szemben. Számos arra utaló szöveghelyet találtunk, amikor a nők sem a szülésük idején, sem utána nem kaptak felvilágosítást arról, hogy pontosan melyek voltak azok az objektív szakmai indokok, amelyek a vajúdas félbeszakadásához és a műtőbe kerüléshez vezettek. Tekintettel a korábban kifejtettekre, az egészségügyi törvény lehetőséget biztosít a tájékozott beleegyezés elvének *átmeneti* felfüggesztésére azokban az esetekben, amikor sürgős szükség esete áll fenn. Ez azonban nem fagyaszthatja be a kommunikációt az ellátó és a vajúdo vagy szülő nő között, tehát a lehetőségekhez mérten a nő aktuális állapotának megfelelően a beavatkozás elvégzése közben annak szükségességét, folyamatát, célját indokolni szükséges. Elfogadhatatlan, ha legkésőbb az anya és az újszülött otthonába bocsájtása alkalmával nem részesül érthető nyelvezetű, tényszerű tájékoztatásban a műtét elvégzésének orvosszakmai okairól.

A műtét elvégzésének szükségessége mellett a császármetszés közbeni tiszteletlen, elidegenítő kommunikáció is sok kitöltőnk visszatérő tapasztalata, akárcsak a gyermek kiemelését közvetlenül követő tartós szeparáció is.

*„Nem voltam tájékoztatva, felkészítve, hogy mire számíthatok, hol tartunk éppen. A császármetszés után csak megmutatták pár másodpercre a babám és el is vitték. Aztán átvittek a szobámba, a családomat hazaküldték, én meg 6 órán át nem láttam a babám, csak feküdtem egyedül az ágyamon.”*

*„Problémamentes várandósság és vajúdas után 40. héten 4ujjnyi méhszájjal váratlanul ért a császármetszés. Az orvos nem tájékoztatott az indikációról, kérdésekre 2 időpontban 2 különböző indokot mondott. A zárójelentésre egy 3. indokot írt. Nem lehetett sem bőrkontaktus, sem aranyóra. A hozzátartozóim nem jöhettek be.”*

*„... császármetszés volt, nem kaptam semmiről tájékoztatást, nem vagyok meggyőződve a szükségességéről.”*

Visszatérő élmény a hüvelyi szülés és a császármetszés normatív szembeállítása (valódi-hamis; valamire való képesség-gyengeség; nőiség-nemtelenség). A kitöltők több esetben a *fájdalom testtapasztalatának elmaradását* is hiányolják, amelyet a szülés *a priori* sajátosságának tartanak. A „nem szültem” érzés azokban az esetekben kifejezettebb, amikor a magzat kiemelését követően csak pillanatokra láthatja az édesanya a gyermekét, ezáltal orvosi indok nélkül elmarad a bőr-bőr kontaktus és az „aranyóra”.

*„Negatív élmény mert nem tudom milyen egy szülési fájás.”*

*„Tulajdonképpen számomra a trauma az volt, hogy egyrészt nem szültem. Lett egy gyerekem, de nem szültem, másrészt hogy senkit nem érdekelt, hogy nekem vannak-e elképzeléseim, én értem-e mi miért történik stb.”*

*„Hüvelyi szülést szerettem volna, de farfekvés miatt nem engedték. A császárt úgy éltem meg, mintha kitépték volna belőlem a gyereket.”*

*„Egy voltam a futószalagon. Nem kaptam részletes tájékoztatást, hogy mi miért így történik. Milyen opcióink lehetnének és nem választhattam. Programozott császár volt farfekvés miatt, és a mai napig nem értem miért nem lehetett megvárni, hogy magától beinduljon a szülés, ez utólag bánt. Amúgy nem éltem meg tragédiának a császárt, de nem érzem úgy hogy szülés volt, hanem egy műtét volt, ahol kivették belőlem a gyereket.”*

*„Nagyon hiányzik az aranyóra, nem igazán tudom feldolgozni, hogy nem láttam csak órákkal később. Nem láttam amikor megszületett, nem rakták a hasamra, nem próbálhatott meg szopizni. Persze nagyon segítőkészek voltak a csecsemősök, de először itthon láttam teljesen ruha nélkül a lányomat. Nehéz feldolgozni, hogy nem születhetett meg természetesen, mivel egyáltalán nem készültem császárra.”*

*„...több órán át tájékoztatás nélkül, egyedül voltam a gépre kötve, majd továbbra is minden tájékoztatás nélkül jött az anesztes beszélni velem, közben borotválni kezdett egy szülésznő, semmit nem értettem, közölték hogy a professzor úr meg fog császározni. Borzalmas élmény volt, erőm sem volt kiállni magamért, étlen szomjan voltam délután 3 óta, ez volt 8 körül. Kértem hogy várjuk meg legalább a férjemet, de nem lehetett. Tök nyugodtan zajlott a dolog, szóval nem sürgősségi csm volt. Átverték, jött a hosszúhétvége, megalázó volt, és teljesen*

*kirekesztve éreztem magam a saját gyermekem világrajövetelekor. Kb 20 percet tölthettem utána vele, majd 12 órát külön 9 hónapig együtt, majd elveszik több órára. Ez hormongőzősen, frissen műtve iszonyú lelki fájdalom, most ennyi év után pedig felháborító és dühít hogy elvettek tőlem valamit amihez nem volt joguk.”*

## **Medikalizáció**

A kitöltők közül sokan explicit módon a „medikalizáció” terminussal magyarázták a negatív szülésélményt. Ezt fontos lehetőségként kell megragadnunk a jelenség társadalmi percepciójának megértéséhez. A kitöltőink által használt medikalizáció kifejezés általában véve azokat a beavatkozástípusokat jelenti, amelyek szükségességét abszolút, vagy relatív értelemben véve megkérdőjelezték, tehát a conrad-i definícióval nincsenek összhangban.

*„Úgy gondolom ez egy nagyszerű élmény is lehetett volna, ha nem túl medikalizált szemléletű emberek vettek volna körül.”*

*„A szülésznő maximálisan medikalizált szemléletű volt, csak azért jött be hozzám, hogy valamit beadjon, megvizsgáljon, de tárgynak tekintett, gyakorlatilag egyetlen szava sem volt hozzám”*

*„Terhesség és vajúdas alatt a nő belső megérzéseinek magabiztosságának eltiporása, figyelembe nem vétele, vajúdas alatt abszolút medikalizálás, sürgetés és intimitás hiánya, abszolút férfi túlsúly ebben a közegben, ahol női támogatás megélése lenne a leghatékonyabb, felül-alá rendelt viszonyok, császármetszés közben nem tájékoztatás, babával egy msp kontaktus a kiemelése utána, utána egy órán keresztül ( aranyórában) teljes szeparáció, csecsemős osztályon a gyerekek tárgynak kezelése, szülői kompetenciák abszolút be nem tartása, a magány és elhagyatottság érzése a terhesség, vajúdas, műtét és gyermekágyas időszak alatt. Írom mindezeket úgy, hogy én is orvos vagyok és egy barátunk segítette világra gyerekeimet”*

*„Tulmedikalizalas, nemtorodomseg, kismama keresenek figyelmen kívül hagyasa, durva hangnem, indokolatlan beavatkozasok, indokolatlan szeparacio, magunkraahagyatottsag”*

*„Folyamatos, fullasztó kontroll, sürgetés, abszolút beavatkozás szemléletű ellátás, terhesség és vajúdas alatt a nő belső megérzéseinek magabiztosságának eltiporása, figyelembe nem vétele, vajúdas alatt abszolút medikalizálás, sürgetés és intimitás hiánya, abszolút férfi túlsúly ebben a közegben, ahol női támogatás megélése lenne a leghatékonyabb.”*

#### **7.4.4. Megvitatás**

A WHO 2019-ben kiadott szülészeti ellátással kapcsolatos irányelvei ötven olyan gyakori diagnosztikai és terápiás módszert értékelnek, melyek hagyományosan előfordulnak az egészségügyi intézményekben zajló szülésekkor. A szülés egészére nézve a három legfőbb irányelv *a tiszteletteljes környezet megteremtése, a hatékony kommunikáció és a támogató személy jelenlétének biztosítás a vajúdas és szülés során*. A dokumentumban megfogalmazott ajánlások nagy hangsúlyt fektetnek a személyre szabott szülészeti ellátás kiépítésére, amely implicit módon azt is feltételezi, hogy a kórházi szülészeti ellátást igénybe vevő nőknek többé-kevésbé határozott elvárásaik vannak a folyamat egészével kapcsolatosan.

A kutatásomban rendelkezésre álló minta alapján körvonalazódott, hogy melyek azok az alapvető igények, amelyek segítenek a pozitív szülési élmény eléréséhez. Megállapíthatjuk, hogy a szülési tapasztalatok tükrében kifejezett igény mutatkozik a tartalmilag megfelelő és az emberi méltóság eszméje által áthatott, tiszteletteljes és nyílt kommunikációra, a mozgásszabadság biztosítására a vajúdas és szülés során, valamint az újszülötten töltött „aranyóra” és a vele való közös elhelyezés iránt. Azokban az esetekben, ha a vajúdas és a szülés ideje alatt ezek közül bármelyik akadályba ütközik, az elősegíti a negatív szülésélmény kialakulását. A kontrollérzet elvesztése testen kívülivé teszi az élményt és elidegenítheti a nőt gyermeke születésétől. Megállapíthatjuk, hogy kutatásunk főbb eredményei összhangban állnak a nemzetközi szakirodalmi megállapításokkal. Egy svéd kutatás a nők szüléssel kapcsolatos, részben ugyancsak fenomenológiai tapasztalatokra építő tanulmányában hasonló eredményekre jutott: a nők elsődleges igénye, hogy a szülésük valódi alanyává válhassanak, melynek során a kialakuló kompetenciaérzet azokban az esetekben is segít elkerülni a negatív szülésélményt, ahol szülészeti beavatkozásokra van szükség.<sup>406</sup> A világ egy másik részén,

---

<sup>406</sup> Marie Berg M., Dahberg K.: *A Phenomenological Study of Women's Experiences of Complicated Childbirth. Midwifery*, (14) 1, 1998, 23-29. O.



Ruandában készült vizsgálat a földrajzi, infrastrukturális akadályok ellenére is erősíti a saját kutatásunk eredményeit. A szerzők megállapítása szerint a negatív szülésélmény során a nők tiszteletlen ellátásban részesülnek, elhanyagoltságot és megalázottságot élnek át, verbális abúzus áldozatává válnak, valamint negatív érzésekkel tölti el őket az a fenomenológiai tapasztalat, hogy az orvosi személyzet nem bízik bennük.<sup>407</sup> Egy Braziliában 2019-ben végzett kutatás a szülészet demedikalizációját hirdető *The Senses of Birth* program eredményeit ismerteti. Ennek során több mint ötszáz nő szüléstörténetéből körvonalazódott a „szülészeti erőszak” (*obstetrics violence*) kifejezés jelentéstartalma: el nem fogadott beavatkozások elvégzése/kívánt beavatkozások el nem végzése részleges információkon, méltatlan ellátás és verbális abúzus, a gyermek indokolatlan szeparációja és a bőr-bőr kontaktus lehetőségének elvesztése.<sup>408</sup>

Mint azt Joshua Vogel kiemeli, amellett, hogy a pozitív szülésélmények céljából lényeges megteremteni a támogatói környezetet, az is fontos, hogy definitív keretet adjunk azoknak az intézményesült problémáknak is, melyeket napjainkban a nemzetközi szakirodalom még csak egységes névvel sem illet. A rossz bánásmód (*mistreatment*) jelenségét egyaránt körülírják a „tiszteletlenség és visszaélés” (*disrespect and abuse*), a „szülészeti erőszak” és a „dehumanizált ellátás” (*dehumanised care*) kifejezésekkel.<sup>409</sup> Vogel 2015-ben egy nagy visszhangot kiváltó cikkében a szülészeti rossz bánásmódról közölt metaanalízisében 65, a témakörhöz kapcsolódó tanulmányt tekintett át, amelyek 34 ország problémáit tárják fel. A kvalitatív kutatások egybehangzó következtetéseként a szülészeti rossz bánásmódnak hét fő ismertetőjegyet definiáltak: (1) testi erőszak; (2) szexuális erőszak; (3) verbális abúzus; (4) stigmatizáció és diszkrimináció; (5) a szakmai előírások betartásának figyelmen kívül hagyása; (6) az ellátók és a nők közötti rossz kapcsolat; (7) az egészségügyi rendszerek állapota, korlátai.

Kutatásom kvalitatív dimenzióját alapul véve megállapíthatjuk, hogy a Vogel által javasolt osztályozási elveket követve több ízben kimutatható a negatív szülésélmények verbális abúzusra visszavezethető oka. Azok az interakciók tartoznak ide, amelyek során az ellátók tiszteletlenül kommunikálnak, ítéleznek, megalázó megjegyzéseket tesznek, a női és anyai mivoltuk megkérdőjelezi (például: „ezekkel a mellekkel úgy sem tud szoptatni”).

---

<sup>407</sup> Mukamurigo J., Dencker A., et al.: *The Meaning of a Poor Childbirth Experience - A Qualitative Phenomenological Study With Women in Rwanda*. PLoS one, 12(12), 2017, e0189371

<sup>408</sup> Sônia L., Ventura de S. K., et al.: *Obstetric Violence: Influences of the Senses of Birth Exhibition In Pregnant Women Childbirth Experience*. *Ciência & Saúde Coletiva*, (8) 24, 2019, 2811-2824. o.

<sup>409</sup> Vogel J. P., Bohren M. A., et al.: *Promoting Respect and Preventing Mistreatment During Childbirth*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (5) 123, 2016, 671-674. o.

Számos tanulmány erősíti a kutatásomban szereplő minták reprezentációs értékét, ám ezek döntő többségében a fejlődő országok szülészeti ellátásaira vonatkoznak és csak elvétve lehet találni olyan vizsgálatokat, amelyek nyugati országokban készültek. Ezek egybehangzóan alátámasztják a kommunikáció minősége és a szülésélmény megítélése közötti összefüggéseket.<sup>410,411</sup> Hazai illetékességű az ELTE Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés munkatársai által készített két poszter, melyek a szülészobai és a császármetszés műtőjében zajló pozitív és negatív szuggessziókat ábrázolják.<sup>412</sup> Mintáik a saját kutatási eredményeinkhez hasonlóan alátámasztják, hogy a szülés során megvalósuló kommunikáció esetenként kimerítheti a verbális abúzus kategóriáját.

Kutatási eredményeink kapcsolódnak a rossz bánásmód stigmatizációhoz és diszkriminációhoz fűződő kategóriájához. Vogel meghatározásában ez az (1) etnicitásra, (2) életkorra, (3) szocioökonómiai státuszra és (4) egészségügyi állapotra vonatkozó megszégyenítő kijelentéseket és/vagy az ezeken alapuló diszkrimináció megvalósítását jelenti. Mint arra eredményeim bemutatása kapcsán utaltam, a testszégyenítés, a szülészobai szarkazmus mind beleillik a stigmatizációs klaszterbe. Egy 2013-ban Ausztráliában folytatott kutatás arra az eredményre jutott, hogy a várandósgondozás és a szülés során a magasabb testtömeg indexszel rendelkező nők nagyobb számban fejezték ki negatív tapasztalataikat a *body-shaming* vonatkozásában.<sup>413</sup>

Kutatásunkban több olyan beavatkozástípussal is találkoztunk, melyek a WHO intrapartum ajánlásával nem összeférhetőek. A WHO egyaránt elutasítja, ha a vajúdo nőt a látencia és aktív szakasz során a méhszáj tágulásának nem megfelelőnek tartott ritmusával sürgetik. Mint arra a WHO felhívja a figyelmet, a tágulás egyedi jellegéből kifolyólag az 1 cm/óra méhszájtágulás szakmaiatlan elvárás. Figyelmeztet továbbá, hogy a fanszörzet rutinszerű eltávolítása hüvelyi szülés esetén nem ajánlott, akárcsak a rutinszerű beöntés sem. Az ajánlás a szülés egészére nézve nagy hangsúlyt fektet a mozgásszabadság biztosítására, figyelmeztet az erőltetett és instruált kitolás elkerülésére, valamint a rutinszerű gátmetszés felszámolására is.<sup>414</sup> A szüléstörténetetekből az imént felsorolt példák mindegyikére találunk

---

<sup>410</sup> Lundgren I.: *Swedish Women's Experience of Childbirth 2 Years After Birth*. Midwifery 2005; 21, 2005, 346-354. o.

<sup>411</sup> Ingvid Aune I., Helen Marit Torvik H. M. et al.: *Promoting a Normal Birth and a Positive Birth Experience — Norwegian Women's Perspectives*. Midwifery, (31) 7, 2015, 721-727. o.

<sup>412</sup> Dériné T. A., Nyitrai E., Pánczél E.: *Varázs mondatok a szülészobán*. 2018. <http://www.vilagrajonni.hu/wp-content/uploads/2018/03/Var%C3%A1zsmondatok-a-sz%C3%BCl%C5%91szob%C3%A1n.png> Letöltés ideje: 2020. 08. 20.

<sup>413</sup> Mulherin K., Miller Y. D., et al.: *Weight Stigma in Maternity Care: Women's Experiences and Care Providers' Attitudes*. BMC Pregnancy And Childbirth, 13, 2013, 1-13. o.

<sup>414</sup> WHO, 2019, 3-7. o.

utalást, amely a tájékoztatás nélküli, vagy a nő akarata ellenére elvégzett beavatkozásokra, tehát a medikalizációra vonatkoznak.

A gátmetszés prevalenciája világszerte nagy eltéréseket mutat (az összes hüvelyi szülés 21-91%-a). A WHO figyelmeztet, hogy a rutinszerűen elvégzett beavatkozásnak nincs kimutatható jótékony hatása a súlyosabb fokú gát-és hüvelysérülések elkerülésére, vagy a *perinatális hypoxiás-ischaemiás állapotokra* nézve. Ennek ellenére egy magyar vonatkozású kutatásban Baji Petra és munkatársai 600 fős mintán a gátmetszésnek 70%-os prevalenciáját mérték,<sup>415</sup> ami összehasonlítva a Svédországban tapasztalható 9,7%-os aránnyal szembeötlő különbséget mutat.<sup>416</sup> Tekintettel arra, hogy a rutinszerű gátmetszés sem a magzati, sem az anyai morbiditás és mortalitás csökkenését nem eredményezi, így azt a szülészobai medikalizáció igazolhatóan káros gyakorlatának tarthatjuk.

A szülészeti ellátás medikalizációja együtt jár a császármetszések arányának drasztikus emelkedésével is, mely jelenség a világ szinte minden országában megfigyelhető. A WHO hosszas vizsgálati munkájának lezárásaként 1985-ben meghatározta, hogy a császármetszés orvosilag is indokolt prevalenciájának normál tartománya 10-15% között van. Hangsúlyoznunk kell, hogy a császármetszés egy az anyai és magzati morbiditás és mortalitás csökkentésére alkalmas, esszenciálisan fontos beavatkozási lehetőség. Azonban az Egészségügyi Világszervezet felhívja rá a figyelmet, hogy minden olyan statisztika, mely a szülés műtéti befejezésének fentebb megadott 15%-os értéktartományát meghaladja, nem eredményezi az anyai és magzati paraméternek további javulását.<sup>417</sup> Ennek tükrében megállapítható, hogy a tartósan magas császármetszési statisztikák sokkal inkább szociokulturális okokra, semmint a szülészeti ellátás eredményeinek evidencia alapú tényezőire vezethetőek vissza.<sup>418</sup> Kutatásunkban a CSM az összes szülés 46%-át adta. Ez az érték némiképp magasabb a Baji és munkatársai kutatásában közölt 41%-os prevalenciával összehasonlítva,<sup>419</sup> mindazonáltal megközelíti a magyar országos átlagot, amely 2019-ben

---

<sup>415</sup> Baji P., Rubashkin N., Szezik I., Kathrin Stoll, et al.: *Informal Cash Payments for Birth in Hungary: Are Women Paying to Secure a Known Provider, Respect, or Quality of Care?* Social Science & Medicine, 189, 2017, 86-95. o.

<sup>416</sup> Graham I. D., Carroli G., et al.: *Episiotomy Rates Around the World: an Update.* Birth, (3) 32, 2005, 219-223. o.

<sup>417</sup> WHO: WHO Statements on Caesarean Section Rates. 2015, 2. o.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=A33F80F011D62C0DAF00FD8CFA906F55?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=A33F80F011D62C0DAF00FD8CFA906F55?sequence=1) Letöltés ideje: 2020. 08. 20.

<sup>418</sup> WHO, 2015, 4. o.

<sup>419</sup> Baji P. et al, 2017, 86. o.

42,3%-volt a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai alapján.<sup>420</sup> Az OECD tagországokat figyelembe véve Törökország (53,1%) és Dél-Korea (45,1%) után hazánkban a legmagasabb a császármetszések aránya. Ennek kontrasztjaként számos állam említhető, amelyek az alacsony anyai és magzati morbiditás és mortalitási statisztikák ellenére a császármetszések arányát is tartósan alacsonyan tudja tartani. Ilyen például Izrael (14,8%), Norvégia (15,9%) és Finnország (16,4%) is.<sup>421</sup>

A WHO statisztikák szerint az alacsony rizikóbesorolású nők anyai morbiditása és mortalitása a hüvelyi szüléssel szemben ötször magasabb császármetszéses esetén. A császármetszés anyára vetített előnyei között megemlítendő, hogy a közepes és súlyos vizelettartási inkontinencia előfordulási gyakorisága 5%-kal alacsonyabb a hüvelyi szüléssel összehasonlítva.<sup>422</sup> Statisztikailag ez azt jelenti, hogy húsz császármetszés elvégzése által elkerülhető egy közepes-súlyos inkontinencia mellékhatása. A két szülési alternatíva közötti kár-haszon mérlegelést tovább árnyalja, hogy azokban az országokban, ahol magasabb a császármetszések aránya, ott a magzati morbiditás és mortalitás is magasabb, főként a *pulmonáris* mellékhatások miatt.<sup>423</sup>

A szakirodalom a CSM-hez kapcsolódóan a gyermekkor egészére nézve is számos veszteséget említ: a szülőcsatornán való áthaladás és a bőr-bőr kontaktus során az újszülött és édesanyja az anya mikrobiomja révén immunológiailag szimbiózisba kerül egymással, amely a gyermek későbbi életére nézve protektív erejű. A császármetszés megfosztja az újszülöttet ennek lehetőségétől, aki így más környezeti mikrobákkal kolonizálódik. Ennek megítélését a CSM esetén rutinszerűen alkalmazott profilaktikus antibiotikum expozíció tovább árnyalja. Összességében elmondható, hogy a hüvelyi szülést egy a magzat számára biztosítható immunizációs folyamatnak is tekinthetjük, ami többek között preventív tényezőnek bizonyul az asztmatikus megbetegedésekkel és a bőrgyulladással (ekcéma) szemben is.<sup>424</sup> A császármetszés medikalizációját, azaz a műtét rutinszerű elvégzését alacsony rizikóbesorolású nők esetében olyan jelenségként értékelem, mely etikailag nem indokolható.

---

<sup>420</sup> NAEK: Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések száma 2015-2019. finanszírozási évben. [http://www.neak.gov.hu/data/cms1025544/Szules\\_csaszarmetsz\\_2015\\_2019\\_\(2\).pdf](http://www.neak.gov.hu/data/cms1025544/Szules_csaszarmetsz_2015_2019_(2).pdf) Letöltés ideje: 2020. 08. 20.

<sup>421</sup> Elflein J.: *Cesarean (sic!) Section Rates in OECD Countries in 2017*. statista.com Letöltés ideje: 2020. 08. 20.

<sup>422</sup> Kotaska A.: *Caesarean Section or Vaginal Delivery in the 21st Century*. WHO, 81, 2015. 8-9. o.

<sup>423</sup> Ibid.

<sup>424</sup> Ibid.

A vajúdás és a szülés testtapasztalatainak fenomenológiai jelentősége (spontán szülésindulás, fájdalom, rendszeres kontrakciók, az újszülöttnel való bőr-bőr kontaktus) a szüléstörténetek vissza-visszatérő toposzai voltak. A gyermek születésében való aktív közreműködés érzése egyúttal az anyává válás határtapasztalata is, ezért jelentőségét nem lehet alábecsülni.<sup>425</sup> Az általunk vizsgált mintán megállapítottuk, hogy a folyamat esetenként „természetesként” és „normálisként” aposztrofált jellege összekapcsolódott a medikalizációt elutasító attitűddel. Ez a tendencia abban mutatkozik meg, hogy a vajúdo a saját testének ritmusában, siettetés és mesterséges külső ingerek nélkül kíván elmélyülni a szülés egészében. Eredményeink összecsengenek a nemzetközi szakirodalmi tendenciával. Több kutatás is vizsgálta a hüvelyi szülés testtapasztalatainak jelentőségét, amelyek közös megállapítása, hogy a fájdalom testi megéléséhez hozzátársul az anyává válás tudatának pszichológiai gyarapódása.<sup>426</sup>

Az egészséges újszülöttek szeparációja az anyától nem csak egzisztenciális értelemben véve meghatározó élmény, de a gyermek számára is kedvezőtlen pszichoszomatikus válaszreakciókkal jár együtt. Bizonyított, hogy a nem egészségügyi okokból elválasztott újszülöttek szívverése és légzése is szaporább, vércukorszintjük pedig alacsonyabb azokkal összehasonlítva, akik a bőr-bőr kontaktus már fentebb említett előnyeit is élvezik.<sup>427</sup> A *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* a disszertáció írása közben zajló világjárvány idején is arra szólított fel, hogy a rutinból, megelőző célzattól történő szeparációt mérlegelni kell, tekintettel a közös elhelyezésnek az újszülött táplálására és a kötődésre gyakorolt kedvező hatása miatt.<sup>428</sup>

Kutatási eredményünk a szeparáció szülésélményre gyakorolt hatását tekintve is összecseng a nemzetközi adatokkal. Egy 2005-ben Észak-Angliában végzett randomizált kutatásban két csoportba rendezték az újszülött-édesanya párokat. Az egyik csoportban az anyák a hüvelyi szülés után azonnal megkapták gyermeküket és bőr-bőr kontaktust létesítettek, míg a másik csoportnál csak a szárazra törölt és bepólyált gyermeket kapták kézhez. Az azonnali bőrkontaktus kialakítása nem csak az anyák szüléssel való

---

<sup>425</sup> Bryanton J., Gagnon A., et al.: *Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. (1) 37, 2008, 24-34 o.

<sup>426</sup> Velho M., Santos E. et al.: *Experience with Vaginal Birth versus Cesarean Childbirth: Integrative Review of Women's Perceptions*. Texto & Contexto - Enfermagem. 21, 2012, 458-466. o.

<sup>427</sup> Moore E. R., Bergman N., et al.: *Early Skin-To-Skin Contact for Mothers and their Healthy Newborn Infants*. Cochrane Database Syst Rev, (11) 11, 2016, CD003519.

<sup>428</sup> Idézi: Stuebe A.: *Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm*. Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, (5) 15, 2020, 351-352. O.

elégedettségére hatott jótékonyan, de növelte az esélyét az anyatejes táplálás korábbi kialakításának is, ami a kötődést is jótékonyan befolyásolta.<sup>429</sup> Ennek tükrében megállapíthatjuk, hogy az újszülöttek rutinszerű szeparációját káros gyakorlatnak tartjuk, mely potenciálisan elkerülhető orvosi beavatkozásokat is szükségessé tehet.

A hálapénz elterjedtségét a hazai szülészeti ellátásban 2017-ben egy kérdőíves vizsgálattal Baji és munkatársai vizsgálták. Eredményeik azt jelzik, hogy a magyar szülészeti gyakorlatban a hálapénzadási szokás általánosnak mondható. Az általuk megkérdezett 600 szülési tapasztalattal rendelkező nő közül 78%-uk (n=469) adott hálapénzt. A mi általunk kapott adatok ennél alacsonyabb értéket mutatnak, aminek oka feltételezhetően összefügg azzal, hogy mi speciálisan csak a negatív szülésélményekkel foglalkoztunk. Eredményeink összhangban vannak a hálapénzfizetés időzítésével, hiszen Baji és munkatársai kutatásában is elenyésző azoknak a száma, akik a szülést megelőzőleg, nem pedig a szülés után fizettek (2%-szülés előtt; 98% szülés után).<sup>430</sup>

## 8. Konklúzió – A női nem medikalizációjának jövője

A disszertációnak a nők medikalizációjára vonatkozó részét tekintve Immanuel Kantot parafrázálva joggal merülhet fel bennünk a szerző három klasszikus kérdése: *Mit tudhatok? Mit kell tennem? Mit remélhetek?*

Mint láttuk, az interdiszciplinaritás megteremti a lehetőséget, hogy az androcentrikus metafizika alapvető normáit tisztán láthassuk, és hatásait szemléletes példákon bemutatva értékeljük. *Tudjuk*, hogy a nyugati kultúránkat meghatározó hierarchikus nemi különbségek az emancipatorikus küzdelmek ellenére is jelentős gazdasági, kulturális, pszichológiai és egészségügyi következménnyel bírnak.

Egy gyermek születése végtelen sok szimbólumot rejt magában. A szüléshez társuló némiképp közhelyes asszociációink az „új életről” és „új lehetőségekről” ideális esetben elősegíthetnék, hogy a felnövekvő generációk olyan mikro- és makrokörnyezetben szocializálódjanak, melyben fel sem merül, hogy a szülészeti ellátást igénybe vevő nő *a*

---

<sup>429</sup> Carfoot S., Williamson P., Dickson R.: *A Randomised Controlled Trial in the North of England Examining the Effects of Skin-To-Skin Care on Breast Feeding*. Midwifery, (1) 21, 2005, 71-79. o.

<sup>430</sup> Baji et al., 2017, 86-95. o.

*priori* sajátossága az irracionalitás, vagy a döntéskéességében biológiai és/vagy kulturális okokból fakadó visszamaradottság. A számos pozitívum ellenére ez egyelőre a világ számos országában azonban nagyrészt csak *remény*. A szülés medikalizációjával kapcsolatban Bánfalvi Attila két, egymással némiképp ellentétes utópia képét vetíti az olvasó elé. Valóban úgy tűnik, két út van, melyek közül az egyik a medikalizáció lehengerlő elfajulása:

„Ha a nők nem képesek megtalálni a módját annak, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert gyermekkihordási lehetőségeik felett a jelenben, akkor a jövő igazi veszélyeket rejt számukra, amikor a nők talán nem csak láthatatlanná válnak a diskurzusban, hanem valóságosan hiányozni fognak a reprodukciós folyamatból. Mert néhány férfi szakember számára az autoritásukat érő jelenlegi kihívás egyik megoldása az, hogy a nők diszkurzív kitörlését beillesztik az orvoscönyvekbe azzal, hogy szó szerinti értelemben kitörlik őket a reprodukcióból és a gyermekszülésből: ez a kitörlés az *in vitro* fertilizáció, az alternatív >>fejlesztő médiumok<< (a >>pótanyák<<, a holnap mesterséges méhei), és az emberi klónozás eljárásai révén lehetségessé válik.”<sup>431</sup>

Ez a váratlan és elképzelhetetlennek tűnő disztópikus jövőkép egészen más színezetet kap, ha a mesterséges anyaméh és az IVF terápiák helyére beillesztjük a már ma is rendelkezésre álló szülészeti eszköztárat, amely a folyamat feletti külső kontroll gyakorlásának kevésbé szofisztikált, de relatív technikai egyszerűségénél fogva a tömeges elterjedésnek is kedvező módja volt. A vajúdas gyógyszeres és eszközös beavatkozásokkal megindítható. Bár a WHO óva int a mesterséges beavatkozástól a társuló mellékhatások (vérzés, nagyobb esély CSM-re, méhrepedés) miatt, a szülésindítás például Sri Lankán az összes szülés 35,5%-ban fordul elő.<sup>432</sup> Fájásérősítési és fájáshatékony-ság-növelési célból intravénás oxitocin infúzió adagolható, bár a WHO az RMC jegyében éppen ennek ellenkezőjére szólít fel. Azokban az esetekben, amikor a szülés során a vajúdo eljut a kitolási szakaszig, a Kristeller-manőver segítségével a méh felső részének (*fundusának*) erős nyomásával az újszülött gyorsabban át tud haladni a szülőcsatornán, azonban ez a magzat és az anya károsodásához is vezethet, ezért ennek használatát a WHO kategorikusan elutasítja.

---

<sup>431</sup> Treichler P.A.: *Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth*. 1990, 130. o. idézi Bánfalvi, 2013, 59. o.

<sup>432</sup> WHO: *Recommendations for Induction of Labour*. Geneva, World Health Organization, 2011.

Az egyértelmű kommunikáció ellenére is Egyiptomban egy kórház 24,38%-os prevalenciával alkalmazza a „gentle push” néven is megnevezett eljárást.<sup>433</sup>

Végül mindezek tükrében gondoljunk saját, medikalizált jelenünkre, és képzeljük el, milyen képtelenségnek tűnne a medikalizált kórházi szülészeti ellátás egy 1800-as évek elején élő várandós nő számára, amikor még a kórházi szülés ötlete is képtelenségnek hangzott.<sup>434</sup> Reális perspektívát látna benne, vagy elképzelhetetlen jövőképet? Az epidemiológiai előnyök mellett nem ugyanazt jelenti-e az ő számára a nő szubjektumát passzivitásba fojtó, kompetenciáját devalváló medikalizált környezet, mint a mi perspektívánkból a dehumanizált anyaméh gondolata?

Egyes szakértők szerint közeli jövőnk szülészeti ellátásának sajátosságát legpontosabban a nem orvosi okokra visszavezethető „programozott császármetszés” térnyerése írja le legjobban, amikor már anakronisztikusnak fognak hatni a hüvelyi szülések a gyors, időzíthető alternatíva még általánosabb alkalmazása fényében. Könnyen gondolhatnánk, hogy az ilyen műtétek csak az orvostudomány és a társadalom hatalmi aszimmetriájára vezethetők vissza, ugyanakkor ki kell emelnünk, hogy emelkedik az anyai kérésére végzett császármetszések (*Cesarean Deliveries on Maternal Request*, azaz CDMR) száma is. A legtöbb országban törvényi lehetőség ugyan nem biztosítja a császármetszés nem-orvosi okokból történő választásának lehetőségét, épp ezért prevalenciáját is nehéz megbecsülni. Ezt első látásra az autonómia tiszteletének, vagy az anya önrendelkezési joga aránytalan korlátozásának is tekinthetnénk. Alaposabban szemügyre véve azonban a kérdést, a CDMR támogatásával kapcsolatos intuíciónkat más megvilágításba helyezi Rebecca Kulka gondolatmenete a szülés és autonómia kapcsolatáról szóló 2009-es közleményében. Tézise tükrözi a disszertáció nők medikalizációjáról szóló részében általam is képviselt konklúziót. A szerző rámutat, hogy a CDMR-t alapjaiban véve meghatározza a társadalmi hangulat, mely az orvostechnológiának értékét különösen nagyra becsüli. A császármetszések egyébként is évről-évre emelkedő prevalenciája mellett először csak a hüvelyi és műtéti úton történő szülés között hezitáló nők, majd később a várandós populáció egyre nagyobb része gondolhatja azt, hogy az (önmaga és gyermeke egészségéért való) felelősségvállalás primer eszköze, ha a szülés folyamatában is csak passzív résztvevő lesz, és legális keretek között a CDMR útját

---

<sup>433</sup> Moiety F. M., Azzam A. Z.: *Fundal Pressure During the Second Stage of Labor in a Tertiary Obstetric Center: A Prospective Analysis*. J Obstet Gynaecol Res, (4) 41, 2014, 946-953. o.

<sup>434</sup> Véletlenül sem szeretném azt sugallni, hogy az akkori állapotok jobbak lettek volna a napjainkban tapasztalhatónál, tekintettel a jóval magasabb anyai és magzati halálozási és morbiditási statisztikákra, tisztán csak és kizárólag a technika fejlődési ütemeinek és irányainak kiszámíthatatlanságára szeretnék rávilágítani.



választja.<sup>435</sup> Röviden összefoglalva: a technológia normalizációja tehát egyúttal a szüléset medikalizációjának normalizációjához vezet.

Nem szabad azonban megfeledkeznünk a demedikalizáció utópiáiról sem, amelyet nevezhetünk „természetes szülési mozgalomnak”, vagy a már sokszor említett *respectful maternity care* mozgalomnak is. A medikalizált szülészeti ellátást pártolókkal ellentétben ők azt hangoztatják, hogy a várandósság egy „normális” folyamat, mely az esetek nagy részében (85%, ha a WHO statisztikáira támaszkodunk) mindenféle külső beavatkozás nélkül is az egészséges utód anyai sérülés nélküli hüvelyi szüléséhez vezet. Céljuk a szülés természetessége, háborítatlansága feletti lehetőség visszaszerzése és az anyai önrendelkezés tényleges gyakorlásának kivívása. Mint ahogyan nem állíthatjuk, hogy a szülészeti ellátásban dolgozó szakemberek minden létező beavatkozástípust végre akarnának hajtani a vajúdo és szülő nőkn, azt sem mondhatjuk, hogy a szülés természetességét pártoló közösségek zsigerileg elutasítanak az orvostechnológiai eszközöket.

A természetes szülési mozgalmak közé sorolhatjuk az otthonaszülés lehetőségét pároló, vagy a születésházak elérhetőségét támogató közösségeket, de egyre növekszik azoknak a kórházaknak a száma is, melyek meghallva a természetes szülest pártolók hangját infrastrukturális fejlesztéseket (pl. több ágyas szüloaszobák megszüntetése; alternatív fájdalomcsillapítási eszközök, mint kád/zuhany beszerzése, stb.) hajtának végre, és a dolgozók számára szemléletformáló képzéseket szerveznek, melyek által a szuggesztív kommunikáció előnyeiről hallhatnak, vagy éppen rutint szerezhhetnek az alternatív szülesi testhelyzetekben történő szüleskísérésről.<sup>436</sup>

Összességében elmondható, hogy a szüléset medikalizációja számos epidemiológiailag jelentős eredményt valósított meg az utóbbi két évszázadban, ugyanakkor a várandósság és a szülés technicizált körülményei a várandós testének és a magzattal való szimbiózisának minél pontosabb orvosi leírása az elidegenedés veszélyét is magában hordozza. *Mint arra rámutattunk, a szülesélmények pozitív és negatív prediktorai között olyan nem-orvosi okok is jelentős szerepet játszanak, melyek tükrében a sikeres szülest már nem ragadhatjuk meg a testi és szellemi sérülések hiányaként.* A közhelyes felkiáltások normalizációja, mint hogy „Legyél boldog, van egy egészséges gyereked”, vagy „Örülj, hogy nem lett nagyobb baj” elleplezik a nők szubjektív élményvilágának diszkreditálásával járó károkat, holott a

---

<sup>435</sup> Kukla R., Kuppermann M., et al.: *Finding Autonomy in Birth*. Bioethics, (1) 23, 2009, 1–8. o.

<sup>436</sup> Mivel a természetes szülesi mozgalom önmagában véve is önálló disszertáció témája lehetne, ezért tartalmi és formai okok miatt ennél részletesebben nem tárgyaljuk.

fenomenológiai diskurzus segítségével rámutattunk, hogy a nők testtapasztalatainak figyelembevételével és kompetenciaérzetük kiépítésével hozzásegíthetjük őket a pozitív szülésélményhez és annak felismeréséhez, miszerint: „*Én vajúdok és én szülök!*”

## 9. Konklúzió és a dolgozat lezárása

Doktori disszertációmban a férfiak és nők testének medikalizációjáról értekeztem, különös tekintettel azokra az életterületekre, melyek valamilyen módon hozzákapcsolódnak a szexualitáshoz. Napjaink medikalizációját a társadalom és az egyén életének olyan intézményesült vezérelveként írhatjuk le, amely láthatatlanul körbevesz minket. Ivan Illich meghatározásában ez az alábbi hatalmi logikát jelenti:

„Ha a világban egy kultúra medikalizálódik, akkor az erkölcsök és szokások hagyományos ágait, melyek *a higiénie erényébe való személyes begyakorlásként* [kiem.: T. G. ] tehetők tudatossá, egy mechanikus rendszer, orvosi kódex révén egyre növekvő mértékben elfojtják, ami az egyénektől megköveteli, hogy vessék magukat alá a higiénie-felvigyázók utasításainak. A medikalizálódás egy burjánzó bürokratikus program, ami annak az emberi szükségszerűségnek az elutasításán nyugszik, hogy szembesüljön a fájdalommal, a halállal, a betegséggel. (...) A medikalizált civilizációt úgy tervezik és szervezik, hogy a fájdalmat kiírta, a betegséget megszüntesse, s a szenvedés és a halál művészete iránti szükségletet megsemmisítse.”<sup>437</sup>

Illich 1977-ből származó medikalizáció meghatározása integrálja Foucault diszkurzív hatalomról szóló legfontosabb megállapításait. Mint kiemeltük, a hatalom természetének megértéséhez nem annak megszemélyesítésén keresztül vezet az út. A hatalom valójában a társadalomban uralkodó nyelvi kifejezésformák megváltoztatásának képessége, mely által önértelmezésünket, interszubjektív kapcsolatainkat és céljainkat meghatározzuk. A Viktoriánus-kor különlegessége, hogy a szubjektumokat biológiai esszencialista keretbe zárva

---

<sup>437</sup> Illich I.: *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Rowohlt Verlag, Hamburg, 1977. 155-156. o. idézi: Csejtei D.: *Filozófiai metszetek a halálról*. Pallas Stúdió-Attraktor, Budapest, 2002. 481. o.

szexualitásukon és nemiségükön keresztül olyan attribútumokkal ruházta fel, amelyekről a tudományos és köznyelv is minden fórumon azt kommunikálta, hogy ezek az ember leírásának *a priori* eszközei. Általuk feltárul maga az ember.

Foucault tézisének elsőként a többségében, vagy kizárólagosan a férfi alakjához kapcsolódó jelenségeken követtük nyomon. Először a maszturbáció, majd azt követően a homoszexualitás, az erektilis diszfunkció és az androgén alopecia betegségmodelljeit elemezve kimutattam, hogyan érvényesül a diszkurzív hatalom felügyeleti szisztémája, melynek kereteit a maszkulinitáshoz fűződő erények és normák, valamint az androcentrizmus episztemológiai alapállása határozza meg.

A felügyeleti rendszer első lépcsőfoka (1) a betegség súlyosságának és minden területre kiterjedő voltának a társadalom számára közérthető kommunikációja, amit *tudományos konfabulációnak, tudományos meseszövéssnek* nevezünk. Rámutattam, hogy ennek hatásmechanizmusát jelentősen befolyásolja az információtechnológiai fejlődés, így általa a célcsoportok megszólítása és a betegségleírással kapcsolatos üzenetek közvetítése is hatékonyabbá vált. A diszkurzív hatalom második eszköze (2) a betegség megragadása a szaktudományos betegségleíró eszköztár mindenkor felkészültségének megfelelő nozográfia által. Kimutattam, hogy a biológia tudományos fejlődésével és az „organizmus” fogalma révén dominánssá váltak az egyén naturalisztikus leírására építő narratívák. Az emberi faj egyedeinek teste ebben az értelmezésben születik, él, fejlődik és visszafejlődik, majd meghal. A medikalizáció ezen életesemények mindegyike felett totális uralmat épített ki, amely a biopolitikai (pl. népesedéspolitikai) diskurzusok által uralható bio-hatalom megteremtéséhez vezetett. (3) Ivan Illich fent idézett szövegében kiemeltém azt a gondolatot, mely az egyén egészségtudatosságra való nevelésére vonatkozik. Ezt a szemléletet nevezi Foucault a bűnös lelkiismeret által kiépülő önpatologizáló magatartás hatalmi fegyverének, vagyis a „hipochonder képzelgések” kialakításának. Az egyén szelf-konceptióinak rövid áttekintésével rámutattam, hogyan befolyásolja a testtapasztalataink konstans megfigyelési programja az önkép megteremtését is, melynek magjává az absztrakcióktól lecsupaszított póre test vált. Emellett rámutattam, hogy az önpatologizáció a hatalom evolúciójának esszenciális eszköze, hiszen alkalmas saját maga újratesteremtésére a szubjektum testfókuszú létének automatizmusai révén.

A nők és a férfiak közös élettapasztalatának bizonyul az öregedés, amelynek interpretációjában ugyancsak meghatározónak tekinthető az androcentrizmus bináris oppozíciókra (pl. testi-lelki szubjektum, racionális-irracionális, aktív-passzív) építő

ismeretelméleti keretezése. A hisztéria orvostörténeti állomásait bemutatva leírását adtam az androcentrizmus által keretbe zárt nőképnek, amelyről Beauvoir azt állította, hogy általa a nő a faj rabszolgájává vált. Ez a gondolat a fejezet későbbi részeire nézve is meghatározónak bizonyult. Egyrészt azért, mert az örök fiatalság eszméjét hirdető hatalmi diskurzus kapcsán rámutattam, hogy megfigyelhető az öregedés természetesnek és sok esetben ártalmatlannak (pl. ráncosodás, hajhullás) mondható testtapasztalatainak beillesztése a súlyos betegségek kauzális láncolatába, amely a nőiség feletti kontrollgyakorlást legitimálja. Ez a folyamat a nők esetében tradicionálisan összekapcsolódott a férfi nézőpontból konstruált feminin értékekkel (a maszkulinitás inverzével), mint amilyenek a törékenység, gyengeség, vagy a szexuális passzivitás és a szépség.

Az androcentrizmus további negatív következményének tartom a fogamzásgátlási gyakorlatok terén kialakult és gyökeret vert aránytalanságot, mely megmutatkozik a nők kontraceptív felelősségvállalásának magasabb prevalenciájában. Több szerző érveinek rekonstrukciójával én is amellet érveltem, hogy a nők és férfiak között megfigyelhető különbség oka nem biológiai, hanem szociokulturális képződmény, amely sem orvosszakmai sem etikai nézőpontból nem plauzibilis. Mindezek tükrében a fejezetben elköteleződtem a férfiak fogamzásgátlásban vállalt erkölcsi felelősségének finomhangolása mellett.

A dolgozat utolsó egységében a várandósság és szülés medikalizációjával foglalkoztam, melynek során a nem-orvosi okokból kialakuló negatív szülésélményekről szóló kutatásom főbb eredményeit közöltem. Végző megállapításként ki kell emelnem, hogy a medikalizált szülésélmények egy részében óhatatlanul is párhuzamot fedezhetünk fel a haldoklás medikalizációjának alapélményeivel. Csejtei Dezső a haldokló elmagányosodásával kapcsolatban hangsúlyozza, hogy az egyedül-lét egyrészt lehet *fenomenális magány*, másrészt *szubsztanciális magányosság* is. Előbbi egy faktikus egyedülmaradottság, amikor az elleplezett haldokló másoktól elzártan, mint organizmus végleg *tönkre megy*. Utóbbiról, azaz a szubsztanciális értelemben vett magányról Csejtei kiemeli, hogy „akkor is él és hat –sőt akkor él és hat igazán –, mikor a haldoklót történetesen sokan vesznek körül. Mert az igazi magányosság a közvetlenség, a bensőségesség hiánya.”<sup>438</sup> Az elvadult, technicizált halál végkifejlete olyan elszigetelődéshez vezet, amelyről a szülő nők beszámolóiban is olvashatunk: a sok orvos, nővér, a szülésznő és az orvostanhallgatók fizikai jelenléte mellett is számolnunk kell ezzel a megsemmisítő magány-érzettel, melynek folyamata kísérteties

---

<sup>438</sup> Csejtei, 2002, 487-488. o.

hasonlóságot mutat az „önmagába forduló haldokló” alakjával. Ennek elkerülésében alapvető fontosságú a kompetenciaérzet kialakítása, amely azonban a számos potenciálisan elidegenítő hatású eljárással tarkított *szülésvezetési* szemléletmóddal nehezen megvalósítható. Ez a kifejezés is olyan androcentrikus fogalom, melyben vizualizálhatjuk a kiutat kereső, eltévelyedett, passzív nő és a gyertyalángot és a bölcsek követét hordozó aktív orvos alakját. Mint arra rámutattunk, a WHO hangsúlyozza, hogy az esetek 85%-ban a szülések úgy is sikeresen (értsd anyai és magzati káresemények nélküli), hüvelyi úti szüléssel érnek véget, amennyiben az orvosi beavatkozások garmadája csak védőhálóként meghúzódik a háttérben. A traumatizált szülő nők történeteiből kiolvasható a kifejezett igény a támogató jelenlétre, mely megköveteli a nők tiszteletteljes, az ő preferenciákat szem előtt tartó *szülés kísérését*.

Csejtej a *páciens* szó etimológiai értelmezésével érzékelteti azt a fordulatot, melynek során a szubjektum státuszváltozása végbemegy, és „türelmesen szenvedővé” válik. „Az, aki a külső világban teljes személyiségi jogokkal rendelkező polgár volt, a kórházba kerülve olyan lénné válik, aki jogai gyakorlásának egy részében komoly korlátozásokat szenved.”<sup>439</sup> A betegek egészségük helyreállítása, megóvása érdekében magukra öltik kórházi ruháikat, alkalmazkodnak a házirendhez, szabályszerű étkezést és tisztálkodást végeznek, ezáltal pedig lemondanak autonómiájuk egy részéről. Mindezek jelentőségének bagatellizálásával nincs módunk ráeszmélni, hogy az önrendelkezés elvesztése a „személy önazonosságának” részleges felfüggesztéséhez vezet, melynek végkifejlete a haldokló és szülő nő ágyában megélt *deszubsztancializált magány*.<sup>440</sup>

---

<sup>439</sup> Ibid. 483. o.

<sup>440</sup> Ibid. 483-487. o.

#### IV. Felhasznált irodalom

1997. évi CLIV törvény az egészségügyről

56/2006 (XII. 28) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról.

Abraham J.: *Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions*. Sociology, (4) 44, 2010, 603-622.o.

American Psychiatric Association. *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; Washington, DC, 1968.

Angel K.: *The History of 'Female Sexual Dysfunction' as a Mental Disorder in the 20th Century*. Current opinion in psychiatry, (6) 23, 2010, 536–541. o.

Applequist J., Bal, J. G.: *An Updated Analysis of Direct-to-Consumer Television Advertisements for Prescription Drugs*. Annals of family medicine (3) 16, 2018, 211–216. o.

Asberg C., Johnson E.: *Viagra Selfhood. Pharmaceutical Advertising and the Visual Formations of Swedish Masculinity*. In: Johnson E., Sjörgen E., Asberg C. (szerk.): *Glocal Pharma: International Brands and the Imagination of Local Masculinity*. New York, Routledge, 2016, 88-98. o.

Bai W. J., Li H. J., Dai Y. T., et al.: *An Open-Label, Multicenter, Randomized, Crossover Study Comparing Sildenafil Citrate and Tadalafil for Treating Erectile Dysfunction in Chinese Men Naïve to Phosphodiesterase 5 Inhibitor Therapy*. Asian J Androl. (1) 17, 2015, 61-67. o.

Baji P., Rubashkin N., Szebik I., Kathrin Stoll, et al.: *Informal Cash Payments for Birth in Hungary: Are Women Paying to Secure a Known Provider, Respect, or Quality of Care?* Social Science & Medicine, 189, 2017, 86-95. o.

Bancroft J.: *The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution*. Arch Sex Behav 31, 2002, 451–455. o.

Bancroft J.: *The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution*. Arch Sex Behav 31, 2002, 451–455. o.

Bánfalvi A.: *A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága*. Literatura Medica, Debrecen, 2013.

Barnes E.: *The Hysteria Accusation*. AEON. 2020, <https://aeon.co/essays/womens-pain-it-seems-is-hysterical-until-proven-otherwise> Letöltés ideje: 2020. 08. 09.

- Bartz D., Greenberg, J. A.: *Sterilization in the United States*. Reviews in Obstetrics & Gynecology, (1) 1, 2008, 23–32. o.
- Bassil N., Alkaade S., Morley, J. E.: *The Benefits and Risks of Testosterone Replacement Therapy: A Review*. Therapeutics and Clinical Risk Management, (3) 5, 2009, 427–448. o.
- Basson R., Leiblum S.: *The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. Without Industry Funding Little New Research Will Be Possible*. BMJ (Clinical Research Ed.), (7390) 326, 2003, 658. o.
- Beauchamp T. L., Childress J. F.: *Principles of Biomedical Ethics (7th ed.)*. New York, Oxford University Press, 2013.
- Beauvoir S. de: *A körülmények hatalma*. Magvető, Budapest, 1966.
- Beauvoir S. de: *A második nem*. Gondolat, Budapest, 1971.
- Bell R. M.: *How to Do It: Guides to Good Living for Renaissance Italians*. University of Chicago Press, Chicago, 1999.
- Berkeley L. Jr.: *Pfizer Holds the Lead in the Erectile Dysfunction Market Even as Viagra Sales Falter*. 2019. <https://www.cnbc.com/2019/02/13/pfizer-holds-lead-in-erectile-dysfunction-market-as-viagra-sales-fall.html> Letöltés ideje: 2020. 06. 30.
- Bhuyan K., Ali I., Barua S. J.: *Role of No Scalpel Vasectomy in Male Sterilization*. The Indian Journal of Surgery, (4) 74, 2012, 284–287. o.
- Bird, A., Tobin E.: *Natural kinds*. In: Z. N. Edward (szerk.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA), Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/natural-kinds/>, Letöltés ideje: 2015. 01. 10.
- Bjorklund D. F., Kipp K.: *Parental Investment Theory and Gender Differences in the Evolution of Inhibition Mechanisms*. Psychological Bulletin, 120, 1996, 163–188. o.
- Boorse, C.: *Health as a Theoretical Concept*. Philosophy of Science, (4) 44, 1977, 542–573. o.
- Borgos A.: *Pszichoanalitikus elméletek nőiségképe Freudtól a feminista pszichoanalízisig*. In: Kovács M.: *Társadalmi nemek. Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2017, 21–39. o.
- Bostrom N., Roache R.: *Ethical Issues in Human Enhancement*. In: Ryberg J., Petersen T., Wolf C. (szerk.): *New Waves in Applied Ethics*. Pelgrave Macmillan, London, 2008, 120–152. o.
- Brotto L. A.: *The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women*. Arch Sex Behav, 39, 2010, 221–239. o.
- Brotto LA. *The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Men*. J Sex Med. 7, 2010, 2015–2030. o.

- Brunner H. L. R., Ersek J.L.: *Perceptions of Contraceptive Responsibility Among Female College Students: An Exploratory Study*. Ann Epidemiol, (3) 21, 2011, 197-203 o.
- Bryanton J., Gagnon A., et al.: *Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. (1) 37, 2008, 24-34 o.
- Butler R. N., Lewis M. L.: *Love and Sex After 60, Revised edn*. New York, Harper and Row, 1988.
- Campbell N., Clark J. P., Stecher V. J., et al.: *Internet-Ordered Viagra (Sildenafil Citrate) Is Rarely Genuine*. J Sex Med, 9, 2012, 2943-2951. o.
- Carfoot S., Williamson P., Dickson R.: *A Randomised Controlled Trial in the North of England Examining The Effects of Skin-to-Skin Care on Breast Feeding*. Midwifery, (1) 21, 2005, 71-79. o.
- Carpiano R.: *Passive Medicalization: The Case of Viagra and Erectile Dysfunction*. Sociological Spectrum, 21, 2001, 441-450. o.
- Cash T. F.: *The Psychology of Hair Loss and its Implications for Patient Care*. Clin Dermatol. (2) 19, 2001, 161-166. O.
- Cassels A., Wright J. M., Mintzes B., Jauca C.: *Direct-to-Consumer Advertising. Finasteride for Male Pattern Hair Loss*. Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien, 47, 2001, 1751–1755. o.
- Celia F.: *Pharma Ups the Ante On DTCA*. Pharmaceutical Commerce, <http://pharmaceuticalcommerce.com/brand-marketingcommunications/pharma-ups-ante-dtc-advertising> Letöltés ideje: 2020. 08. 10.
- Chiang J., Yafi F. A. et al.: *The Dangers of Sexual Enhancement Supplements and Counterfeit Drugs to "Treat" Erectile Dysfunction*. Translational Andrology And Urology, (1) 6, 2017, 12–19. o.
- Clarke A. et al.: *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*. American Sociological Review, (2) 68., 2003. 161-194. o.
- Comte-Sponville A.: *Kis könyv a nagy erényekről*. Osiris, Budapest, 2001.
- Conrad P.: *Medicalization and social control*. Annual Review of Sociology, 18. 1992.
- Conrad P.: *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Diseases*. Baltimore, The John Hopkins University Press, 2007.
- Copelton D. A.: *Pregnancy by the Book: Women's Accommodation and Resistance to Medicalized Pregnancy Practices*. Dissertation Abstracts International, A: The Humanities and Social Sciences. (11) 64, 2004, 4221. o.



- Corrigan P. W., Watson A. C.: *Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness*. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), (1) 1, 2002, 16–20. o.
- Crawford P.: *Blood, Bodies and Families in Early Modern England*. New York, Routledge, 2014.
- Csabai M.: *A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, (5) 1, 2004, 55-67. o.
- Csejtei D.: *Filozófiai metszetek a halálról*. Pallas Stúdió-Attraktor, Budapest, 2002.
- Dawson S. J., Chivers M. L.: *Gender Differences and Similarities in Sexual Desire*. Curr Sex Health Rep 6, 2014, 211–219. o.
- Dériné T. A., Nyitrai E., Pánczél E.: *Varázs mondatok a szülőszobán*. 2018. <http://www.vilagrajonni.hu/wp-content/uploads/2018/03/Var%C3%A1zsmondatok-a-sz%C3%BCI%C5%91szob%C3%A1n.png> Letöltés ideje: 2020. 08. 20.
- Donohue J. M., Cevasco M., Rosenthal M. B.: *A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs*. New England Journal of Medicine (357), 2007, 673–681. o.
- Eardley I., Ellis P., Boolell M., Wulff M.: *Onset and duration of action of sildenafil for the treatment of erectile dysfunction*. British Journal of Clinical Pharmacology, (53) 1, 2002, 61–65. o.
- Earp, B. D., Sandberg, A., & Savulescu, J.: *The medicalization of love*. Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ: the international journal of healthcare ethics committees, 3, 24, 323–336. o.
- Elflein J.: *Cesaerean (sic!) Section Rates in OECD Countries in 2017.*, <https://www.statista.com/statistics/283123/cesarean-sections-in-oecd-countries/>, Letöltés ideje: 2020. 08. 20
- Feinberg D. T.: *"Daddy, What Is Erectile Dysfunction?" Direct-to-Consumer Advertising Will Be Changing*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. (15) 6, 2005, 866-868. o.
- Felkai G.: *Jürgen Habermas*. Áron Kiadó, Budapest, 1993.
- FIGO: *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. FIGO House, London. 2015.
- Foot P.: *The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect*, Oxford Review, (5), 1967, 5–15. o.
- Foucault M.: *A rendellenesek*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2020,
- Foucault M.: *A Szavak és a dolgok*. Osiris Kiadó, Budapest, 2000.

- Foucault M.: *A szexualitás története I. A tudás akarása*. Atlantisz, 1999.
- Foucault M.: *A szexualitás története II. A gyönyörök gyakorlása*. Atlantisz, Budapest, 2019.
- Foucault M.: *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Corvina, Budapest, 2000.
- Földényi F. L.: *Melankólia*. Kalligram, Pozsony, 2003.
- Frank A W.: *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press, Chicago, 2013
- Fricker M.: *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. New York, Oxford University Press, 2007.
- Gagnon J. H., Simon W.: *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Chicago, Aldine Press, 1973.
- Gawande A.: *Mert egyszer meghalunk. Az orvostudomány és ami a végén számít*. Tericum, Budapest, 2015.
- Giddens A.: *Conversations with Anthony Giddens: Making Sense of Modernity*. Stanford University Press, Stanford, 1998.
- Gordon D. M., Hawes, S. W. et al.: *The Many Faces of Manhood: Examining Masculine Norms and Health Behaviors of Young Fathers Across Race*. American Journal of Men's Health, (5) 7, 2013, 394–401. o.
- Gordon J. S.: *Bioethics* (szócikk). Internet Encyclopedia of Philosophy. Letöltés ideje: 2019. 03. 06. [www.iep.utm.edu/bioethic](http://www.iep.utm.edu/bioethic)
- Graham I. D., Carroli G., et al.: *Episiotomy Rates Around the World: An Update*. Birth, (3) 32, 2005, 219-223. o.
- Griesinger W.: *Mental Pathology and Therapeutics* (ford. Robertson, C. Lockhart). London, New Sydenham Society, 1882.
- Groneman C.: *Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality*. Signs, (2) 19, 1994, 337-367. o.
- Gurtner K., Saltzman A., Hebert K., Laborde E.: (2017). *Erectile Dysfunction: A Review of Historical Treatments With a Focus on the Development of the Inflatable Penile Prosthesis*. American journal of men's health. (3) 11, 2017, 479–486. o.
- Gyimesi J.: *Boszorkány a díványon*. Thalassa, (17) 60, 2006, 84-92. o
- Habermas J.: *Technik und Wissenschaft als 'Ideologie.'* Frankfurt am Main, 1968.
- Haraway D.: *Simians, cyborgs and women*. Free Association Books, New York. 1991.
- Haslam N., Ernst D.: *Essentialist Beliefs About Mental Disorders*. Journal of Social and Clinical Psychology, (21) 6, 2002, 628–644. o.

Haslam N.: *Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist thinking about Mental Disorder*. Social Research, (67) 4, 2000, 1031–1058. o.

Hawking S., Mlodinow L.: *A nagy terv*. Akkord Kiadó, Budapest, 2011.

Heldman C., Wade L.: *Hook-Up Culture: Setting a New Research Agenda*. Sex Res Soc Policy 7, 2010, 323–333. o.

Henss R.: *Social Perceptions of Male Pattern Baldness. A review*. Dermatology and Psychosomatics. (2), 2001, 63-71. o.

Honk J., Will G. J., Terburg D., Raub W., Eisenegger C., Buskens, V.: *Effects of Testosterone Administration on Strategic Gambling in Poker Play*. Nature, 6, 2016.

<https://www.womenshealthadvocate.org/articles/the-medicalization-of-women/>\_\_\_\_Letöltés ideje: 2020. 08. 10.

Hurka T.: *Perfectionism*. New York, Oxford University Press, 1993.

Illich I.: *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Rowohlt Verlag, Hamburg, 1977.

Illich I.: *Limits to medicine*. Penguin, London, 1976.

Illich I.: *Medical Nemesis. The Exploration of Health*. Pantheon Books, New York, 1976.

Ingvild Aune I., Helen Marit Torvik H. M. et al.: *Promoting a Normal Birth and a Positive Birth Experience — Norwegian Women'S Perspectives*. Midwifery, (31) 7, 2015, 721-727. o.

Ismeretlen szerző: [www.plasztika.com/botox](http://www.plasztika.com/botox), Letöltés ideje: 2020. 08. 16

Ismeretlen szerző: Simone de Beauvoir: *A Második nem*, 1949. A szabadság egzisztencialista etikája – a nő szempontjából, a férfival összehasonlítva. (ELTE-szabadbölcsészet, internetes szócikk)

[http://mmi.elte.hu/szabadbolcseszett/mmi.elte.hu/szabadbolcseszett/indexefeb.html?option=com\\_tanelem&id\\_tanelem=214&tip=0](http://mmi.elte.hu/szabadbolcseszett/mmi.elte.hu/szabadbolcseszett/indexefeb.html?option=com_tanelem&id_tanelem=214&tip=0), Letöltés ideje: 2020. 08. 02.

Joó M.: *A feminista elmélet és a női test*. Magyar Filozófiai Szemle, (54) 2, 2010, 64-80. o.

Joó M.: *Az öregség filozófiája Beauvoir-nál*. TNTeF, (6) 1, 2016, 36-56. o.

Joó M.: *Simone de Beauvoir filozófiája és a Második nem*. Pro Philosophia Füzetek, (35), 2003. 35-55. o.

Joó M.: *Szerelem – politika – c ivilizáció: Marcuse nyomában*. In Laczkó S., Dékány A. (szerk.): *Lábjegyzetek Platónhoz 11. A szerelem*. Státus Kiadó, Csíkszereda, 2013, 346-360. o.

Juengst E., Moseley D.: *Human Enhancement*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition), Zalta N. E. (szerk.), <https://plato.stanford.edu/entries/enhancement/>, Letöltés ideje: 2020. 01. 10.

- Kahán Zs., Tari G., Enyedi M., Haracska L.: *Hogyan befolyásolja a brca-státusz az emlőrák ellátását 2019-ben?* Klinikai Onkológia, 6 (1). 2019, 13-22. o.
- Karayalcin R., Ozcan, S. et al.: *Pregnancy Outcome of Laparoscopic Tubal Reanastomosis: Retrospective Results From a Single Clinical Centre.* The Journal of International Medical Research, (3) 45, 2017, 1245–1252. o.
- Kaschak E., Tiefer L., (szerk.): *A New View of Women's Sexual Problems.* Binghamton, Haworth Press, 2001.
- Kelemen O., Tari G. (szerk.): *The Bioethics of the Crazy Ape.* Trivent, Budapest, 2019.
- Kierkegaard S.: *Vagy-vagy.* Osiris, Budapest, 2005.
- Kiss T.: *Az egyik ember...* (dalszöveg), 2005.
- KOHORSZ '18, Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Szülési Tervek. , <https://www.kohorsz18.hu/eredmenyek/elozetes-eredmenyek/44-szulesi-tervek.html> Letöltés ideje: 2020. 08. 17.
- Kotaska A.: *Caesarean Section or Vaginal Delivery in the 21st Century.* WHO, 81, 2015. 8-9. o.
- Kovács J.: *A modern orvosi etika alapjai.* Medicina Kiadó, Budapest, 2006.
- Kovács J.: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában.* Medicina Kiadó, Budapest, 2007.
- Kranz D., Nadarevic L., Erdfelder E.: *Bald and Bad?* Experimental psychology, (5) 66, 2019, 331–345. o.
- Kranz D.: *Young Men's Coping with Androgenetic Alopecia: Acceptance Counts When Hair Gets Thinner.* Body Image. (4) 8, 2011, 343-348. o.
- Kukla R., Kuppermann M., et al.: *Finding Autonomy in Birth.* Bioethics, (1) 23, 2009, 1–8. o.
- Kukla R., Wayne K.: *Pregnancy, Birth, and Medicine.* The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2018 Edition), Zalta N. E. (szerk.), <https://plato.stanford.edu/entries/ethics-pregnancy/>, Letöltés ideje: 2018. 10. 10.
- Kukla R.: *Mass Hysteria: Medicine, Culture, and Mothers' Bodies.* Rowman and Littlefield, New York, 2005.
- Kumar V, Kaza R. M. et al.: *An Evaluation of the No-Scalpel Vasectomy Technique.* BJU Int., (3) 83, 1999, 283-284. o.
- Lakin M.: *Erectile Dysfunction.* Cleveland Clinic CME, 2018, <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/endocrinology/erectile-dysfunction/> Letöltés ideje: 2020. 07. 31.

- Lamaze International: *P P—L f t 21 C*. The Journal of perinatal education, (1) 11, 2002, 10-12. o.
- Långström N., Hanson R. K.: *High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors*. Arch Sex Behav. 35, 2006, 37–52. o.
- Lázár I., Pikó B. (szerk.): *Orvosi antropológia*. Medicina, Budapest, 2012.
- Lukács E.: *Jelentés a szexuális jelentésekről. A szexualitás zavarai–kognitív szempontból*. Magyar Pszichológiai Szemle, (1) 66, 2011, 109-120. o.
- Lundgren I.: *Swedish Women's Experience of Childbirth 2 Years After Birth*. Midwifery 2005; 21, 2005, 346-354. o.
- Lyons H. A., Manning W. D. et al.: *Gender and Casual Sexual Activity From Adolescence to Emerging Adulthood: Social and Life Course Correlates*. Journal of Sex Research, (5) 52, 2015, 543–557. o.
- MacCallum F., Widdows H.: *Altered Images: Understanding the Influence of Unrealistic Images and Beauty Aspirations*. Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy, (3) 26, 2018, 235–245. o.
- Magyar Orvosi Kamara: *Etikai Kódex*. 2012., [https://mok.hu/public/media/source/etikaiKodex/EtikaiKodex\\_2018\\_11\\_24.pdf](https://mok.hu/public/media/source/etikaiKodex/EtikaiKodex_2018_11_24.pdf) Letöltés ideje: 2020. 08. 18.
- Marcelo S. I., Purificación T. D. R.: *Disease Mongering (Pseudo-Disease Promotion)*. Brussels, 2012.
- Marcuse H.: *Az egydimenziós ember*. Kossuth Kiadó, Budapest, 1990.
- Marcuse H.: *Ész és forradalom. Hegel és a társadalomelmélet keletkezése*. Gondolat Kiadó, Budapest, 1982.
- Marie Berg M., Dahberg K.: *A Phenomenological Study of Women's Experiences of Complicated Childbirth*. Midwifery, (14) 1, 1998, 23-29. o
- Marshall B. L., Katz S.: *Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body*. Body & Society, (4) 8, 2002, 43-70. o.
- McWorther L.: *Foucault's Genealogy of Homosexuality*. Journal of French and Francophone Philosophy, (6) 1-2, 1994, 44-58. o.
- Meinhold R.: *Comparative Melioration and Pathological Pathogenization in Viagra Marketing*. In Botz-Bornstein T. (szerk.): *The Philosophy of Viagra: Bioethical Responses to the Viagratification of the Modern World*. Rodopi, Amsterdam – New York, 2011, 179-180. o.
- Merianos A. L., Vidourek R. A., King K. K.: *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*. The Qualitative Report, (46) 18, 2013, 1-14. o.

- Meskó N.: *Áruba bocsátott szexualitás. A prostitúció evolúciós eredete*. In: Gyuris P., Meskó N., Tisljár R. (szerk.): *Az evolúció árnyoldala. A lelki betegségek és az alternatív szexualitás darwini elemzése*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2014. 196-216. o.
- Metz M. E., Miner M. H.: *Male "Menopause", Aging and Sexual Function*. Sexuality and Disability (4) 13, 1995, 287-307.
- Mikkola M.: *Feminist Perspectives on Sex and Gender*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2019 Edition), Zalta E. N. (ed.) <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-gender/> Letöltés ideje: 2020. 07. 16.
- Módos Á., Sutyák T.: *Michel Foucault szubjektum felfogása*. Imágó, (2) 23, 2012, 33-54. o
- Moiety F. M., Azzam A. Z.: *Fundal Pressure During The Second Stage of Labor in a Tertiary Obstetric Center: A Prospective Analysis*. J Obstet Gynaecol Res, (4) 41, 2014, 946-953. o.
- Molnár E. C.: *Az anyaság pszichológiája*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1996
- Moore A., Pithavadian R.: *Aphrodisiacs in the Global History of Medical Thought*. Journal of Global History, 2020, 1-20. o.
- Moore E. R., Bergman N., et al.: *Early Skin-to-Skin Contact for Mothers and Their Healthy Newborn Infants*. Cochrane Database Syst Rev, (11) 11, 2016, CD003519.
- Moreira S. G. Jr., Brannigan R. E. et al.: *Side-Effect Profile of Sildenafil Citrate (Viagra) in Clinical Practice*. Urology, (3) 56, 2000, 474-476. o.
- Moynihan R., Doran E., Henry D.: *Disease Mongering Is Now Part of the Global Health Debate*. PLoS Med (5) 5, 2008, 0684-0686. (sic!)
- Moynihan R., Heath I., Henry D.: *Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering*. BMJ (Clinical Research Ed.), 324(7342), 2002, 886–891. o.
- Moynihan, R. Cassels, A.: *Selling Sickness. How Drug Companies are Turning Us All into Patients*. Bold Type Books, New York, 2005.
- Mukamurigo J., Dencker A., et al.: *The Meaning of a Poor Childbirth Experience - A Qualitative Phenomenological Study With Women in Rwanda*. PloS one, 12(12), 2017, e0189371
- Mulherin K., Miller Y. D., et al.: *Weight Stigma in Maternity Care: Women's Experiences and Care Providers' Attitudes*. BMC Pregnancy And Childbirth, 13, 2013, 1-13. o.
- Mullin A.: *Reconceiving Pregnancy and Childcare: Ethics, Experience, and Reproductive Labor*. Cambridge University Press, New York, 2005.
- NAEK: *Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések száma 2015-2019. finanszírozási évben.*

[http://www.neak.gov.hu//data/cms1025544/Szules\\_czaszarmetsz\\_2015\\_2019\\_\(2\).pdf](http://www.neak.gov.hu//data/cms1025544/Szules_czaszarmetsz_2015_2019_(2).pdf) Letöltés ideje: 2020. 08. 20.

Nánay B.: *Filozófia és tudományok: Vitaindító*. Magyar Tudomány. 12, 2011, 1493–1498. o.

Neiterman E.: *Sharing Bodies: The Impact of the Biomedical Model of Pregnancy on Women's Embodied Experiences of the Transition to Motherhood*. Healthcare Policy = Politiques De Sante, 9 (Spec Issue), 2013, 112–125. o.

Nemes L.: *A betegség mint fenomenológiai tapasztalat*. Nagyerdei Almanach, 1, 2015, 1-18. o.

Nemes L.: *A bioetika három fajtája*. Fundamentum, 1, 2006, 5-22. o.

Nietzsche F.: *A vidám tudomány*. Budapest, 1997.

Norlock K.: *Feminist Ethics*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition), Edward N. Zalta (szerk.) <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-ethics/>, Letöltés ideje: 2020. 06. 20.

Nussbaum A. M.: *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2013.

Nussbaum, M. C.: *Objectification*. Philosophy & Public Affairs, 24, 1995, 249-291. o.

Papadaki E.: *Feminist Perspectives on Objectification*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2020 Edition), Zalta N. E. (szerk.) <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-objectification/>, Letöltés ideje: 2020. 07. 30.

Parameshwaran S., Chandra P. S.: *The New Avatar of Female Sexual Dysfunction in ICD-11—Will It Herald a Better Future?* Journal of Psychosexual Health, (2) 1, 2019, 111–113. o.

Parens E.: *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Washington, Georgetown University Press, 1998.

Park B. Y., Wilson G., Berger J. et al.: *Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports*. Behavioral Sciences (Basel, Switzerland). (3) 6, 2016, 1-25. o.

Pataki F.: *Az „eltűnt Én” nyomában*. Magyar Pszichológiai Szemle, (3) 63, 2008, 409-470. o.

Payer L.: *Disease-mongers. How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick*. Wiley, New York, 1992.

Payton A. R., Thoits P. A.: *Medicalization, Direct-to-Consumer Advertising, and Mental Illness Stigma*. Society and Mental Health, (1) 1, 2011, 55–70. o.

Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Osztály betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozata:

- [https://peterfykh.hu/attachments/article/57/Steriliz%c3%a1c%c3%b3%20beleegyez%c5%9%20nyilatkozat\\_nem%20orvosi%20indik%c3%a1ci%c3%b3.pdf](https://peterfykh.hu/attachments/article/57/Steriliz%c3%a1c%c3%b3%20beleegyez%c5%9%20nyilatkozat_nem%20orvosi%20indik%c3%a1ci%c3%b3.pdf) Letöltés ideje: 2020. 08. 12
- Pieper A.: *Van-e feminista etika*, Áron Kiadó, Budapest, 2004.
- Pintér J. N.: *A betegség fenomenológiai tapasztalata*. In: Csabai M., Pintér J. N. (szerk.): *Pszichológia a gyógyításban*. Oriold, Budapest, 2014, 1-29.o.
- Potter V.R.: *Bioethics, the Science of Survival*. Perspectives in Biology and Medicine, 14 (1). 1970, 127-153.
- Potter V.R.: *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing, Michigan State University Press. 1988.
- Potts A., Gavey N., et al.: *The downside of Viagra: Women's Experiences and Concerns*. Sociology of Health & Illness, 25, 2003, 697-719. o.
- Potts A., Grace V. M., Vares T., Gavey N.: *Sex for life'? Men's Counter-Stories on 'Erectile Dysfunction', Male Sexuality and Ageing*. Sociology of Health & Illness, 28, 2006, 306-329. o.
- Potts A.: *The Man with Two Brains: Hegemonic masculine subjectivity and the discursive construction of the unreasonable penis-self*. Journal of Gender Studies. (10) 2, 2001, 145-156. o.
- Purdy L.: *Women's Reproductive Autonomy: Medicalisation and Beyond*. Journal of Medical Ethics, (32) 5, 2006, 287-191. o.
- Ragusa A., Mansur M., et al.: *Diagnosis of labor: a prospective study*. MedGenMed: Medscape General Medicine, (3) 7, 2005, 61. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1681656/>, Letöltés ideje: 2020. 08. 20.
- Rao T. S., Nagaraj A. K.: *Female sexuality*. Indian Journal of Psychiatry, (57) 2, 2015, 296–302. o.
- Rastrelli G., Maggi M.: *Erectile Dysfunction in Fit and Healthy Young Men: Psychological or Pathological?* Translational Andrology and Urology. (1) 6, 2017, 79–90. o.
- Redekop W. K., Mladsi D.: *The Faces of Personalized Medicine: A Framework for Understanding Its Meaning and Scope*, Value in Health, 16 (6). Supplement, 2013, 1098-3015. o.
- Reimers L., Diekhof E. K.: *Testosterone is Associated with Cooperation During Intergroup Competition by Enhancing Parochial Altruism*. Front Neurosci. (12) 9, 183., 2015, 1-9. o.
- Rentmeester C., Hogan A.: *Are You Ready to Meet Your Baby? Phenomenology, Pregnancy, and the Ultrasound*. Journal Of Applied Hermeneutics. (1), 2020. 1-13. o.



- Rew K.T., Heidelbaugh J.J.: *Erectile Dysfunction*. Am Fam Physician. (10) 94, 2016, 820-827. o.
- Richet T.: Az ördögösök hajdan és napjainkban. Nagyváradi, 1880.
- Roelcke, V.: *Biologizing Social Facts: An Early 20th Century Debate on Krapelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration*. Culture, Medicine and Psychiatry, (21) 4, 199, 383-404. o.
- Rose N., Novas C.: *Biological citizenship*. In: A. Ong A., Collier S. J. (szerk.): *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Blackwell Publishing, 2005, 439–463. o.
- Rubarth S.: *Competing Constructions of Masculinity in Ancient Greece*. Athens Journal of Humanities & Arts. (1) 1, 2014, 21-32. o.
- Sable M. R., Havig K., Schwartz L. R., Shaw, A.: *Hispanic Immigrant Women Talk About Family Planning*. Affilia, (2) 24, 2009, 137–151. o.
- Sallay V., Martos T., Hegyi E.: *Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei: a Szülés-attitűdök Kérdőív kidolgozása és első eredményei*. In: K. Barbara (szerk): *Létkérdések a születés körül*. Budapest, L'Harmattan, 2015. 291-313.
- Sanavi F. S., Rakhshani F. et al.: *Reasons for Elective Cesarean Section amongst Pregnant Women; A Qualitative Study*. Journal of reproduction & infertility, (4) 13, 2012, 237–240. o.
- Schwartz L. M., Woloshin S.: *Medical Marketing in the United States, 1997-2016*. JAMA. (1) 321, 2019, 80–96.o.
- Sedler M. J.: *Medicalization in Psychiatry: The Medical Model, Descriptive Diagnosis, and Lost Knowledge*. Med Health Care Philos, 19(2) 19, 2016, 247-252. o.
- Segrave K.: *Baldness: A Social History*. McFarland & Company, London, 1996.
- Shah J.: *Erectile dysfunction through the ages*. BJU International, 90, 2002, 433-441. o.
- Shahani-Dennig C.: *Physical Attractiveness Bias in Hiring: What is beautiful is Good*. Hofstra Horizons, 1, 2003, 15-18. o.
- Shahvisi A.: *Towards Responsible Ejaculations: The Moral Imperative for Male Contraceptive Responsibility*. Journal of Medical Ethics 46, 2020, 328-336. o.
- Shankar P. R., Subish P.: *Disease mongering*. Singapore Med J. (4) 48, 2007, 275-280. o.
- Shannon C. L., Klausner J. D.: *The Growing Epidemic of Sexually Transmitted Infections in Adolescents: A Neglected Population*. Current Opinion In Pediatrics, (1) 30, 2018, 137–143. o.
- Sheehy G.: *Understanding Men's Passages: Discovering the New Map of Men's Lives*. New York, Ballantine Books, 1999.

- Siegel W. E.: *The Medicalisation of Male Menopause in America*. Social History of Medicine, (20) 2, 2007, 369–388 o.
- Sônia L., Ventura de S. K., et al.: *Obstetric Violence: Influences of the Senses of Birth Exhibition in Pregnant Women Childbirth Experience*. Ciência & Saúde Coletiva, (8) 24, 2019, 2811-2824. o.
- Sperber D., Baumard N.: *Moral Reputation: an Evolutionary and Cognitive Perspective*. Mind. Lang. 12, 2012, 495–518 o.
- Spinoza B.: *Etika*. Gondolat Kiadó, Budapest, 1979.
- Stambler I.: *Elie Metchnikoff—The Founder of Longevity Science and a Founder of Modern Medicine: In Honor of the 170th Anniversary*. Adv Gerontol, (2) 28, 2015, 207-217. o.
- Stuebe A.: *Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm*. Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, (5) 15, 2020, 351–352. o.
- Susánszky A.: *A társadalmi nemek kutatása. A férfikutatások (men's studies) nemzetközi és hazai története*. In Lázár I., Pikó B. (szerk.): *Orvosi antropológia*. Medicina, Budapest, 2012, 467-473. o.
- Sutyák T.: *Michel Foucault gondolkodása*. Attraktor, Gödöllő, 2007.
- Szasz T.: *Az elmebetegség mítosza*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.
- Szasz T.: *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse, New York, 2007
- Szegedi G.: *Az onanista alakja a 20. századi Magyarországon*. Korall, (66) 17, 2016, 32-52. o.
- Tari G., Hamvai Cs.: *The Medicalization of Childbirth: Ethical and legal issues of negative childbirth experiences*. In: Kelemen O., Tari G. (szerk.): *The Bioethics of the Crazy Ape*. Trivent, Budapest, 2019. 274-291. o.
- Tari G.: *A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei*. Századvég. 2015, 135-152. o.
- Tasca C., Rapetti M. et al.: *Women and Hysteria in the History of Mental Health*. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH. (8), 2012, 110–119. o.
- Thomson J. J.: *A Defence of Abortion*. Philosophy & Public Affairs, (1) 1, 1971, 47-66. o.
- Tőzsér J.: *Az igazság pillanatai*. Budapest, Kalligram, 2018.
- Treichler P.A.: *Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth*. In: Jacobus M., Fox E., et al.: *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*. New York: Routledge, 1990, 129-138. o.
- Ullmann T.: *Edmund Husserl*. In: Boros Gábor (szerk.): *Filozófia*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2010, 995-1008. o.

Ullmann T.: Søren Aabye Kierkegaard. In: Boros Gábor (szerk.): Filozófia. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2010, 919-926. o.

United Nations International Conference on Population and Development Cairo, Egypt, Sept 5–13, 1994. [www.iisd.ca/cairo.html](http://www.iisd.ca/cairo.html), Letöltés ideje: 2018. 09. 17.

United Nations: *World Contraceptive Use*. 2019. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2019.asp> Letöltés ideje: 2020. 05. 16.

Velho M., Santos E. et al.: *Experience with Vaginal Birth versus Cesarean Childbirth: Integrative Review of Women's Perceptions*. Texto & Contexto - Enfermagem. 21, 2012, 458-466. o.

Ventola C. L.: *Role of Pharmacogenomic Biomarkers in Predicting and Improving Drug Response: Part 1: The Clinical Significance of Pharmacogenetic Variants*. P & T : A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management, (9) 38, 2013, 545-560. o.

Vogel J. P., Bohren M. A., et al.: *Promoting Respect and Preventing Mistreatment During Childbirth*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, (5) 123, 2016, 671–674. o.

Wall S.: *Perfectionism in Moral and Political Philosophy*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition), Zalta N. E. (szerk.) <https://plato.stanford.edu/entries/perfectionism-moral/> Letöltés ideje: 2020. 07. 10.

Warner, P., Bancroft, J., Members of the Edinburgh Human Sexuality Group: *A Regional Clinical Service for Sexual Problems: A Three Year Survey*. Sexual and Marital Therapy, 2, 1987, 115– 126. o.

Watkins E. S.: *How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960*. American Journal Of Public Health, (8) 102, 2012, 1462–1472. o.

WHO: *Recommendations for Induction of Labour*. Geneva, World Health Organization, 2011.

WHO: *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organization, 2018.

WHO: *WHO Statements on Caesarean Section Rates*. 2015, 2. o., [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=A33F80F011D62C0DAF00FD8CFA906F55?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=A33F80F011D62C0DAF00FD8CFA906F55?sequence=1) Letöltés ideje: 2020. 08. 20.

Wienke C.: *Male Sexuality, Medicalization and the Marketing Of Cialis and Levitra*. Sexuality & Culture, (9) 4, 2005, 29-57. o.

Wolinsky H.: *Disease Mongering and Drug Marketing. Does the Pharmaceutical Industry Manufacture Diseases as Well as Drugs?* EMBO reports, (7) 6, 2005, 612–614. o.

Women's Health Advocate: *The Medicalization of Women*. Konferencia előadás.

Woodruff S. D.: *Phenomenology*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2018 Edition), Zalta N. E. (szerk.) <https://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>, Letöltés ideje: 2020. 08. 01.

Yamey G.: *Pfizer to Sponsor European Impotence Awareness Campaign*. BMJ (Clinical Research Ed.), 320 (7235), 2000, 598.o.

Young, I. M.: *Pregnant Embodiment: Subjectivity And Alienation*. Journal of Medicine and Philosophy (1) 9, 1984, 45-62. o.

Zachar P.: *Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds*. Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 7 (3), 2000, 167–182. o.

Zeller J.: *A testen kívül létrejött embriók morális és jogi státusa a reprodukcióhoz való jog és a tudományos kutatás tükrében*. (Phd Disszertáció). 2009. Letöltés ideje: 2019. 03. 06.

## V. Függelék

### 1. A nem-orvosi okokból kialakuló negatív szülésélményekről szóló kérdőív

Tisztelt Kitöltő!

Perbiró András vagyok, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar IV. éves hallgatója és a következő kérdőívvel a negatív szülésélmények lehetséges okait szeretnénk feltárni.

Az eredményeket publikációs célokra és tudományos diákköri (TDK) munkámhoz szeretném felhasználni.

A kérdőív kitöltése teljesen önkéntes, az bármikor szabadon megszakítható. Ebben az esetben az addig kitöltött kérdőív adatai törlődnek. Az egyes kérdésekre adott válaszokat bizalmasan kezeljük, azt harmadik fél számára nem adjuk rendelkezésre.

A kérdőívben szereplő kérdésekre nincsen jó, vagy rossz válaszok, csak is az Ön szubjektív véleményére vagyunk kíváncsiak.

A kérdőív kitöltésével és a „Küldés” gombra kattintva Ön megerősíti, hogy szabad elhatározásából, tájékozottan beleegyezik a kutatásban való részvételbe.

Ha kérdése van kutatásunkkal kapcsolatban, kérem, bátran keressen a lentebb megadott e-mail-es elérhetőségen!

Amennyiben több negatív szülésélménye is van, úgy a kérdőívet többször is kitöltheti.

A kutatást a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet oktatója, Tari Gergely Róbert vezeti. Az oktató e-mail elérhetősége: [tari.gergely.robort@med.u-szeged.hu](mailto:tari.gergely.robort@med.u-szeged.hu)

Köszönjük, hogy fontolóra veszi kérdőívünk kitöltését!

Üdvözlettel,

*Perbiró András*

IV. éves orvostanhallgató

*Tari Gergely Róbert*

egyetemi tanársegéd

SZTE-ÁOK

Magatartástudományi Intézet

1. *Az Ön életkora:*

\_\_\_\_\_

2. *Az Ön iskolai végzettsége*

a, alapfokú (általános iskola)

b, középfokú (érettségi, OKJ)

c, felsőfokú (főiskola, egyetem)

3. *Kérem, adja meg gyermekei számát*

\_\_\_\_\_

4. *Kérem, adja meg az Ön által negatívnak megélt szülésének időpontját! (naptári év)*

\_\_\_\_\_

5. *Kérem, válassza ki az Ön által negatívnak megélt szülés módját!*

a, Hüvelyi szülés

b, Hüvelyi szülés császármetszéssel befejezve

c, Császármetszés

6. *Volt-e fogadott orvosa Önnek?*

a, Igen

b, Nem

c, Volt orvosom, de nem vele szültem

7. *A szülést kísérő orvosnak adott-e hálapénzt?*

a, Igen, előre adtam.

b, Igen, utólag adtam.

c, Nem

8. *Volt-e fogadott szülésznője Önnek?*

- a, Igen
- b, Nem
- c, Volt fogadott szülésznőm, de nem vele szültem

9. *A fogadott szülésznőnek adott-e hálapénzt?*

- a, Igen, előre adtam.
- b, Igen, utólag adtam.
- c, Nem

10. *Volt-e fogadott csecsemő-gondozó nővére Önnek?*

- a, Igen
- b, Nem

11. *A fogadott csecsemő-gondozó nővérnek adott-e hálapénzt?*

- a, Igen, előre adtam.
- b, Igen, utólag adtam.
- c, Nem

12. *Kérem, egy 1-10-ig terjedő skálán helyezze el az Ön negatívnak megélt szülését!*

(Nagyon rossz élmény) 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (Nagyon jó élmény)

13. *Kérem, fejtse ki, miért élte meg negatívnak a szülését! (Terjedelmi korlátozás nélkül válaszolhat)*

14. *Várandósgondozása során mennyire tartotta megfelelőnek az orvos általi tájékoztatást?*

(Egyáltalán nem megfelelő) 1-----2-----3-----4-----5 (Teljes mértékben elégedett voltam)

15. *Negatív szülésélménye befolyásolta/befolyásolja-e a későbbi gyermekvállalását?  
(következő gyermekek száma, időzítése)*

(Egyáltalán nem) 1-----2-----3-----4-----5 (Teljes mértékben)

16. *Negatívnak megélt szülése hogyan befolyásolta/befolyásolja az Ön és gyermeke között kialakuló kötődést?*

- a, Negatívan befolyásolta
- b, Nem befolyásolta
- c, Pozitívan befolyásolta

17. *Negatívnak megélt szülését követően felajánlottak-e Önnek támogatást? Ha igen, ki?  
(Több válasz is megjelölhető)*

- a, Nem
- b, Pszichológus
- c, Kezelőorvosom
- d, Szülésznő
- e, Nővér
- f, Védőnő
- g, Hozzá tartozók
- h, Egyéb:.....

18. *Ön kitől várná leginkább a negatív szülésélmény feldolgozását segítő támogatást?  
(Több válasz is megjelölhető)*

- a, Senkitől nem várnék segítséget
- b, Pszichológus
- c, Kezelőorvosom
- d, Szülésznő
- e, Nővér
- f, Védőnő
- g, Hozzá tartozók
- h, Egyéb:.....



19. Ideális esetben milyennek gondolja a várandósgondozás és szüléskísérés során az orvos-páciens viszonyt?

(Az orvos teljes fölérrendeltsége) 1----2----3----4----5 (abszolút partneri viszony az orvossal)

20. A következő megállapítások mennyire voltak jellemzőek Önre az egészségügyi intézményben való tartózkodása alatt? (Válaszában **kizárólag a szülés során** tapasztalt élményeit vegye figyelembe) Soronként csak egy oválist jelöljön be.)

	Egyáltalán nem	Nem igazán	Részben	Teljesen	Nem tudom megítélni
Biztonságban éreztem magam					
Magabiztosnak éreztem magam					
Az egészségügyi személyzet támogatott és gondoskodott rólam					
A személyzet folyamatosan informált arról, ami velem történik					
Úgy éreztem, figyelembe vették a véleményemet a rólam hozott döntéseknél					
A személyzet megértette és kielégítő módon teljesítette a kérdéseimet					
A szülésem környezete összességében szörnyű volt					

21. Amennyiben Ön **vajúdott**, kérem, értékelje az alábbi állításokat vajúdásának (a kitolási szakasz előtt) egészségügyi intézményben töltött szakaszára vonatkozóan:

	Egyáltalán nem	Nem igazán	Részen igaz	Teljesen igaz	Nem tudom megítélni
Szabadon mozoghattam és válthattam pozíciót					
Kaptam fájdalomcsillapítást, amikor kértem					
Minden úgy történt, ahogyan elképzeltem					
Úgy éreztem, elveszítettem a kontrollt					
Az általam választott személy támogatása sokat segített					
Ha lehetne, változtatnék néhány dolgot a szülésélményemen					

22. Közvetlenül gyermeke születését követően tapasztalt-e nem orvosi indokok miatti szeparációt az újszülöttjétől?

a, Igen

b, Nem

23. Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszolt, érzelmileg megterhelőnek érezte-e a külön töltött időt?

a, Igen

b, Nem

24. Negatívnak megélt szülését követően hogyan változott egészségének szubjektív megítélése? (1= nagy mértékben romlott, 2= kis mértékben romlott, 3= nem változott, 4= kis mértékben javult, 5= nagy mértékben javult)

1-----2-----3-----4-----5

25. Amennyiben Ön eljutott a **kitolási szakaszig**, kérem értékelje az alábbi állításokat:

	Egyáltalán nem	Nem igazán	Részen igaz	Teljesen igaz	Nem tudom megítélni
Szabadon mozoghattam és válthattam pozíciót					
Kaptam fájdalomcsillapítást, amikor kértem					
Minden úgy történt, ahogy elképzeltem					
Úgy éreztem, elveszítettem a kontrollt					
Az általam választott személy támogatása sokat segített					
Ha lehetne, változtatnék néhány dolgot a szülésélményemen					

26. **Jelenleg** hogyan viszonyul az alábbi állításokhoz?

	Egyáltalán nem	Nem igazán	Részen igaz	Teljesen igaz	Nem tudom megítélni
Mindent értettem, ami a szülés alatt történt					
Büszke vagyok magamra					
Van, amit megbántam					
Úgy érzem, hibáztam					
Egy újabb terhesség gondolata megrémiszt					

27. Általánosságban mennyire tartja fontosnak a szüléssel összefüggő alábbi tényezőket?  
(1- számomra egyáltalán nem fontos, 5 - számomra nagyon fontos)

Vaginális szülés	1	2	3	4	5
Császármetszés	1	2	3	4	5
"Aranyóra"	1	2	3	4	5
Fájdalommentesség	1	2	3	4	5
Beavatkozásoktól mentes vajúdás	1	2	3	4	5
A döntéseim figyelembe vétele	1	2	3	4	5
A testhelyzet megválasztása	1	2	3	4	5
Választott támogató személy jelenléte	1	2	3	4	5
Folyamatos tájékoztatás az állapotról	1	2	3	4	5

28. Kérem, írjon le 3 pozitív gondolatot, ami a saját szüléséről eszébe jut!

a,.....

b, .....

c, .....

29. Kérem, írjon le 3 negatív gondolatot, ami a saját szüléséről eszébe jut!

a,.....

b, .....

c, .....

30. Kérem, ha bármilyen észrevétele, kérdése, kérése van, amit megosztana velünk, alább jelezze!

.....

## **VI. Köszönetnyilvánítás**

A dolgozat megírásához fontos köszönetet mondanom Dr. habil. Krémer Sándor témavezetőmnek, akitől először hallhattam a bioetika tudományának létezéséről és általa felfedezhettem azt a kutatási irányzatot, amely egészen az egyetemi alapképzésemtől napjainkig érdeklődésemet meghatározta. Nélküle egészen biztos, hogy pályaválasztásom is másként alakult volna és nem utolsó sorban ez az értekezés sem készült volna el.

Elmondhatatlanul hálás vagyok, hogy megismerhettem Dr. habil. Barabás Katalint, aki a szegedi Magatartástudományi Intézetben egy felejthetetlen szemeszter során kialakította bennem az orvosi etika és az orvosképzés iránti szeretet és elkötelezettség érzéseit. Köszönöm továbbá Dr. habil. Kelemen Oguznak azt a végtelen emberi és kollegiális támogatást, amely lehetővé tette a kutatásomban való elmélyedést.

Köszönöm Dr. Hamvai Csabának a statisztikai elemzésben nyújtott pótolhatatlan segítségét és minden munkatársamnak a szegedi Magatartástudományi Intézetben, és nem utolsó sorban tanárainknak a Filozófia Tanszéken, akik a tézis írásában támogattak.

Köszönöm továbbá azt a sok támogatást, időt és szeretet, amit feleségemtől, gyermekeimtől, szüleimtől és anyósomtól kaptam, a dolgozat elkészülte az ő érdemük is.