

A PLACEBOKUTATÁS KURRENS PROBLÉMÁI

Köteles Ferenc

PhD, biológus-pszichológus,
ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar
koteles.ferenc@ppk.elte.hu

A placebojelenséggel kapcsolatban az utóbbi időben magyar nyelven is megjelentek összefoglaló jellegű tanulmányok, többek között a folyóirat lapjain is (Bárdos – Cziboly, 2003), illetve bevezető tanulmányában Ádám György is kitér a kérdésre, ezért a kapcsolódó definíciós problémákkal jelen írás keretei között nem foglalkozunk. Ami a mi szempontunkból fontosnak tűnik, az a placebojelenség két jellemzője: egyrészt egyértelműen pszichológiai irányból (az agy vagy még inkább az elme felől) induló változásról van szó, másrészt pedig egy pozitív irányú változásról, ami a szervezetet egy kibillent (szuboptimális) állapotból egy kedvezőbb állapot felé mozdítja el. A következőkben ezt a két jellemzőt vizsgáljuk meg egy kicsit részletesebben, és megkíséreljük a placebohatást evolúciós kontextusban értelmezni. Ezután röviden áttekintjük a jelenséggel kapcsolatban manapság „legforróbbnak” tekinthető problémakör, a terápiás felhasználás kérdéseit.

Pszichológiai eredetű változás

A placeboreakciót sokáig a karteziánus testlélek kettősséget áthidalni látszó jelenségként tartották számon, hiszen egy „lelki” (pontosabban kognitív-érzelmi) állapotváltozás testi változásokat (is) indukál. Mások éppen e

lehetőség tagadásából kiindulva gondolták azt, hogy placeboval elvileg is kizárólag *szubjektív* (csak önbeszámolóval elérhető, pszichológiai szintű) változások érhetők el, *objektívek* (vagyis például műszeresen mérhető) nem. Ma már tudjuk, hogy egyik megközelítés sem helyes. Minden pszichológiai működés, így a tudati működések mögött is központi idegrendszeri háttértörténések állnak, s mivel a központi idegrendszer a felelős a testi-zsigeri működések irányításáért is, testi és pszichés működéseink között nem húzódik semmiféle áthidalhatatlan vagy „misztikus” szakadék. Valami nagyon hasonló történik az érzelmek esetében is: amikor izgatottak vagyunk vagy félünk, akkor magától értetődőnek tűnik az, hogy gyorsabban dobog a szívünk, izzad a tenyerünk és a szokásosnál gyakrabban kell a mellékhelységet meglátogatnunk. Miért lenne hát ez másképpen a placebohatás vonatkozásában?

A szubjektív és az objektív állapotváltozás megkülönböztetésének tehát nincs igazán értelme, a kutatók rendszerint mégis többre értékelik a műszeresen mérhető változásokat a csak önbeszámolóval elérhetőeknél. Ennek fontos oka van: az önbeszámoló szükségképpen számos torzítással terheltek (a legtriviálisabb a kísérleti és klinikai helyzetben egyaránt

működő *megfelelési igény*), miközben az objektív paraméterek a legtöbb esetben kívül esnek az egyén által befolyásolható jelenségek körén. Ha tehát lehetőség szerint ki akarjuk zárni a torzításokat, akkor érdemes műszeres méréseket is elvégezni. Mindez – a közvélekedéssel ellentétben – nem jelenti azt, hogy a szubjektív változások önmagukban értéktelenek, vagy minden esetben különféle torzításokkal, akár csalással, önbecsapással terheltek lennének! Az orvos feladata többek között a szenvedés csökkentése is, márpedig a szenvedés esetében teljes mértékben szubjektív élményről van szó. Ám nem csak erről. A szorongás csökkentése például, egyrészt önmagában is nagyon fontos, hiszen felesleges szenvedéstől szabadítja meg a beteget, másrészt a stresszreakció csökkentésével akár a gyógyulás is gyorsítható ezen a módon. A szubjektív állapotváltozás tehát – amennyiben persze nem torzításról van szó – éppen annyira „valódi” és fontos változás, mint az objektív.

Szerencsére manapság egyre több bizonyíték gyűlik össze a placebok által indukált objektív változásokkal kapcsolatban is, így egyre nyilvánvalóbbá válik az az egy évtizeddel korábban még kimondhatatlannak számító tény, hogy *a placebok hatnak*, ráadásul hatásosságuk egyes esetekben összevethető a rendelkezésre álló gyógyszerekével (Benedetti, 2009; Rief et al., 2009). Számos esetben a hatás neurobiológiai mechanizmusa is kezd tisztázódni. Az 1. táblázat összefoglalja azokat a legfontosabb betegségeket és állapotokat, amelyek esetében a placebo-terápia hatásosságát illetően több-kevesebb empirikus eredmény áll rendelkezésre.

A test-lélek problémát a korábbiakban feloldottuk, annál több bajunk lesz a változást közvetítő konkrét neurofiziológiai mechanizmusokkal. Gondoljunk a Parkinson-kórra és

a gyomorfekélyre! Placebokezeléssel mindkét betegség jól befolyásolható, ám a változásért közvetlenül felelős mechanizmusoknak szükségképpen különbözniük kell: az egyik esetben a gyomornyálkahártya működésének áthangolásáról van szó, a másodikban pedig egyes agyi központok dopamintermelésének serkentéséről. Hol lehet itt közös pontot találni? A konkrét mechanizmusok szintjén sehol, akár úgy is fogalmazhatunk, hogy ezen a szinten vizsgálva nagyon sok különálló placebojelenség létezik (Benedetti, 2009). E tény figyelmen kívül hagyása máig meglehetősen komoly problémákat okoz a placebo-kutatásban, mivel sok kutató szinte automatikusan megpróbálja az egyik területen kapott eredményeket a többire is általánosítani.

Ha ez a megközelítési szint nem használható a placebojelenség általános megértésére, akkor feljebb kell lépniünk. A biológus ilyenkor szívesen választja az evolúciós nézőpontot. Elvégre az idegrendszer éppen a környezethez való jobb alkalmazkodás érdekében alakult ki, és mint a továbbiakban látni fogjuk, a placebo-reakció felfogható egyfajta alkalmazkodási stratégiaként is. Valóban, ez a ma ismert egyetlen olyan nézőpont, amiből kiindulva a placebojelenség még egységesen kezelhető – ám ez a nézőpont már sokkal inkább pszichológiai, mint neurofiziológiai. A későbbiekben felvázoljuk majd a placebojelenség egy lehetséges evolúciós megközelítését, ám ahhoz, hogy ezt megtehesük, először tisztázniunk kell, hogyan és miért kerülhet a szervezet szuboptimális állapotba, mi tesz egyáltalán szükségessé egy pozitív irányú változást!

Pozitív irányú változás

Közhely, hogy az emberi szervezet folyamatos változásban van. E változás egyik oka a szintén folyamatosan változó környezethez való

alkalmazkodás, a másik pedig a belső működések dinamikája. A szervezet integritásának fenntartásához számos tényezőt (például a testhőmérsékletet, a vércukorszintet stb.) adott határok között kell tartani, ezt nevezték régebben homeosztatikussá szabályozásnak. A klasszikus homeosztatikussá szemlélet azt su-

gallja, hogy létezik egy olyan optimális egyensúlyi pont, amit a szervezet minden helyzetben igyekszik elérni, és fenntartani. Valójában ilyen egyensúlyi pontot nemigen találunk: mivel a szervezet nem választható le a környezetéről, a külső-belső változások függvényében az optimum is folyamatosan változik.

Szervrendszer	Szerv/funkció	Hatásosság	Hatásmechanizmus
központi idegrendszer	fájdalomrendszer Parkinson-kór egyes tünetei migrén alvászavarok depresszió szorongás addikciók	bizonyított bizonyított	jelentős részben feltárt részben feltárt
immunrendszer	egyes immun-funkciók, allergiák	bizonyított	ismeretlen részben feltárt
endokrin rendszer	egyes hormonokra adott válasz	számos bizonyíték	részben feltárt
keringési rendszer	magas vérnyomás	ellentmondó eredmények	ismeretlen
	szívműködés egyes vonatkozásai (pacemaker-aktivitás, szívritmus)	számos bizonyíték	részben feltárt
légzőrendszer	asztmás panaszok, köhögés	számos bizonyíték	ismeretlen
emésztőrendszer	ibs, funkcionális diszpepszia gyomorfekély colitis ulcerosa, Crohn-betegség	számos bizonyíték számos bizonyíték számos bizonyíték	ismeretlen ismeretlen ismeretlen
kiválasztórendszer	alsó húgyúti panaszok	némi bizonyíték (szubjektív panaszok)	ismeretlen
nemi szervek	nemi működés	némi bizonyíték	ismeretlen

1. táblázat. A mai tudásunk szerint placebokezelésre jól reagáló állapotok összefoglalása

A pillanatnyi helyzetnek megfelelően tehát nem egy, hanem végtelenül sok szabályozási egyensúlyi pontunk lehet, emiatt manapság a homeosztázis helyett az allostázis, illetve a variostázis fogalmát szokás használni (Bárdos, 2003; McEwen – Wingfield, 2003). Egy sarkított példával élve, szervezetünk számára más az optimális állapot – mondjuk – egy nyaralás alatt, mint egy intenzív munkastádiumban. Ráadásul a szabályozandó paraméterek értékei sok esetben többé-kevésbé kapcsolatosak (gondoljunk a vérnyomásra és a szívfrekvenciára), részben csak egymás rovására változtathatók, vagyis nem valószínű az, hogy egy időpillanatban mindegyik a saját optimumszintjén tartható. Erre nincs is szükség, hiszen végső soron a teljes szervezet működését kell a lehetőségekhez képest optimalizálni, ám talán érzékelhető, hogy mindez folyamatos kompromisszumokat igényel. E kompromisszumok következtében számos belső paraméter értéke akár tartósabban is a szuboptimális zónába kerülhet.

Mindez első látásra talán lényegtelennek tűnik, ám az egyensúlyi pont tartós eltolódásából idővel akár visszafordíthatatlan szövetszervi elváltozás is lehet. Gondoljunk a metabolikus X-szindrómára, amire a szervezet számos jellemzőjének (testtömegindex, vérnyomás, vérszirszintek stb.) külön-külön még nem feltétlenül jelentős vagy patológiás mértékű eltolódása jellemző. Összességében e jellegzetes mintázat ugyanakkor jelentősen növeli a kardiovaszkuláris betegségek és a diabétesz rizikóját is.

A metabolikus szindróma kialakulásának számos részlete a mai napig nem ismert, ám úgy tűnik, hogy az életmód és a stressz is jelentős szerepet játszik benne. Általánosságban stresszkeltő tényezőknek nevezzük a szervezetet komolyabb mértékű alkalmazkodásra

(vagyis szuboptimális működésre) kényszerítő hatásokat, és tény az, hogy e tényezők egy jelentős része az ember (és más társas élőlények) esetében pszichoszociális eredetű. Egyszerűbben megfogalmazva: jóval többet szenvedünk a dominanciasorrenddel, teljesítmény-elvárásokkal vagy éppen az elutasított-ság-érzéssel kapcsolatos problémáktól, mint az éhségtől vagy a hidegtől. Mindezek alapján bátran elfogadhatjuk azt is, hogy életünk nagy részére pszichoszociális szempontból is az ilyen vagy olyan szempontból szuboptimális körülményekhez való alkalmazkodás jellemző, amelynek során integritásunk fenntartása érdekében folyamatosan áldozatot hozunk.

Az akut stresszválasz a tartalékok mozgósításával és a működések áthangolásával komolyabb fizikai erőfeszítésre készíti fel a szervezetet. Mivel a stresszválasz egységes, mindez igaz a pszichoszociális típusú stresszre is, ám ez utóbbi esetben a felszabadított erőforrásokat rendszerint nem használjuk fel, és a stresszor gyakran hosszabb távon is kifejti hatását – éppen ebből származnak a krónikus elváltozások. A tartós stressz tehát összességében krónikusan megváltozott (szuboptimális) működést von maga után, ami pszichológiai szinten szorongással, alvászavarokkal, figyelmi problémákkal, a kognitív képességek csökkenésével, élettani szinten pedig többek között emelkedett vérnyomás- és vércukorértékekkel, az immunműködések romlásával jár együtt. Ha ebből a lokális egyensúlyi pontból sikerül rövidebb-hosszabb időre kibillenteni a szervezetet, akkor az automatikusan nemcsak a közérzet, hanem a fiziológiai állapot megváltozását is maga után vonja majd. Ha e változást történetesen egy stresszoldó hatásúnak beállított, ám hatóanyagot nem tartalmazó tablettával érjük el, akkor máris egy tipikus *placeboreakcióval* ál-

lunk szemben. Más kérdés az, hogy ez a változás mennyire bizonyul tartósnak, illetve hogy bizonyos visszafordíthatatlan elváltozásokat már nem fog érinteni – ezekre a problémákra a későbbiekben visszatérünk majd.

A szabályozási problémák mellett a szervezet sokkal közvetlenebb módon is szuboptimális állapotba kerülhet: integritásunk károsodásához elegendő egy megfelelően virulens kórokozó vagy egy külső sérülés is. A fertőzések leküzdésére, a sérülések gyógyítására vagy tágabb értelemben a regenerációra az emberi szervezet hatékony (bár nem mindenható) módszerekkel rendelkezik. Orvosi közhely az, hogy nagyon sok terápiás beavatkozás (gondoljunk csak a gyulladáscsökkentésre, a sebek kitisztítására vagy a csontok repozíciójára) végső soron csak optimális körülményeket biztosít a szervezet számára ahhoz, hogy képes legyen meggyógyítani önmagát.

Az immunvédekezés és a regenerációs folyamatok közös jellemzője az, hogy meglehetősen energia- és erőforrásigényesek (gondoljunk csak az immunoglobulin-termelésre vagy általánosságban a fokozott sejtsztódásra és -differenciációra), ezért rendszerint nem teljes sebességgel futnak, részleges gátlás alatt állnak. A specifikus immunműködés vonatkozásában e gátlásnak egyébként más oka is van: túlzottan aktív immunrendszer esetében megnő a téves riasztások, vagyis az autoimmun betegségek rizikója. A túlzottan gátolt immunműködés ugyanakkor a fertőzésekre való fokozott fogékonysággal jár együtt, az idők folyamán tehát az emberi szervezet esetében kialakult egy szabályozási optimum-szint. Mindez természetesen erős egyszerűsítés, de a lényeg megértéséhez éppen elegendő, és jól alátámasztja az a tény, hogy a nők immunrendszere valamivel erősebbre van hangolva a férfiakénál, ezért esetükben jelentősen gy-

koribbak az autoimmun betegségek (miközben a férfiak a fertőzésekre fogékonyabbak). Nagyjából hasonlóan lehet elképzelni a regenerációs folyamatok szabályozásának dilemmáit is.

A placebohatás evolúciós megközelítése

Takarékossági és más megfontolásokból tehát célszerű e folyamatokat ellenőrzés alatt tartani, ám ez nem jelenti azt, hogy a szabályozási optimumpontok ne változhatnak! Jó erőforrás-ellátottság és kedvezőnek látszó (közel)jövő esetén például érdemes lehet a regenerációs folyamatokat kicsit nagyobb intenzitásra kapcsolni, s amikor szűkösek a tartalékok és rosszak a kilátások, akkor tanácsosabb lehetőség szerint visszafogni (Humphrey, 2002). E szabályozási változások egy része minden valószínűség szerint öröklött (például az évszakok vonatkozásában), ám az evolúciósan fejlettebb szervezetek, főképpen az emlősök és az ember esetében a tanulási folyamatok is egyre nagyobb teret kapnak a környezethez való alkalmazkodásban.

E tanulási folyamatok egyszerűbb formájának a klasszikus és az operáns kondicionálás tekinthető. Patkányok esetében régóta ismert, hogy immunuszupresszáns szerek hatása semleges ingerekhez (például ízekhez) kapcsolható, s a tanulási fázist követően a feltételes ingerrel való találkozás is elegendő a hatás kiváltásához. Hogyan is értelmezhető mindez evolúciós perspektívából? Az állat megtanulja azt, hogy egy adott íz az immunrendszert károsító hatást jelez előre, így a későbbiekben az ingerrel való találkozás hatására saját maga szabályozza le a rendszert – s ezzel értékes erőforrások elpazarlását kerüli el (Evans, 2004).

Elemi tanulási folyamatokkal, nem kis részben próba-szerencse módszerrel, csiszol-

lódik ki az az ún. testvázzat vagy testkép is (*neuromatrix*), ami rendszerint az egészséges működéseket reprezentálja, és ami a zsigeri rendszereket is magában foglalja ([Ádám, 1998]; bővebben lásd Ádám György bevezetőjét). Kibillent szabályozás vagy károsodás esetén ez a központi idegrendszeri reprezentáció az, ami a „helyes” működésre emlékszik (*felidézett egészségről* is szokás beszélni; [Ben-son – Friedman, 1996]), és ezzel irányt szab a reparációs folyamatoknak. Ám e folyamatok intenzitása, vagyis a gyógyulás sebessége és minősége sok szempontból továbbra is a pillanatnyi erőforrásokon és a jövőbeli kilátásokon múlik.

Ember esetében a tudat megjelenésével a tanuláshoz sokkal komplexebb formái is kialakultak. Egyetlen eseményből is képesek vagyunk következtetéseket levonni, emellett nemcsak saját tapasztalatokból, hanem mások megfigyelésén keresztül is képesek vagyunk a tanulásra, sőt, a tanuláshoz a megfigyelés sem feltétlenül szükséges, elegendő lehet a tapasztaltak meghallgatása is. Mindez általánosságban a jövőbeli események jóval pontosabb előrejelzését és az azokhoz történő jobb alkalmazkodást teszi lehetővé. Témánknál maradván: ha betegek vagyunk, és egy megbízható forrás az mondja, hogy egy adott kezelés hatására meg fogunk gyógyulni, akkor ez pszichológiai szinten reménykedést, pozitív elvárásokat képes kiváltani, élettani szempontból pedig a regenerációs folyamatok felgyorsulását – vagyis *placeboreakciót*. A teljes elméletet egyébként máshol jóval részletesebben is kifejtettük (Köteles – Bárdos, 2007).

Sokan, sok helyen leírták, hogy az utóbbi évtizedekben a placebohatás egyre erősödni látszik a modern világban. Evolúciós nézőpontunkból mindez részben azzal magyarázható, hogy regenerációs folyamataink op-

timális sebessége eredetileg a jelenleginél lényegesen rosszabb életkörülményekhez és kilátásokhoz lett igazítva. Mivel e folyamatok sebessége tanulás útján módosítható, az egyre javuló életkörülmények és kilátások lehetővé teszik az öngyógyító mechanizmusok fokozott felpörgetését is. Emellett paradox módon a gyógyszeripar egyre intenzívebbé váló marketing-tevékenysége is hozzájárulhat az elvárások fokozódásához, és ezen keresztül a placebohatás növekedéséhez (Evans, 2004).

Placeboterápia?

Az előzőekben láttuk azt, hogy a placeboreakció jól értelmezhető az emberi szervezet önszabályozó és öngyógyító mechanizmusainak serkentéseként, aminek következtében a szervezet egy kedvezőtlenebb állapotból egy kedvezőbb állapot irányába mozdul el. Ez a változás sok esetben az adott állapot szubjektív és objektív jellemzőinek vonatkozásában is lezajlik, egyszerűbben szólva *a placebo hat*nak. Ha pedig hatnak, akkor ezt miért ne használhatnánk ki?

Az egyre szaporodó kutatási eredmények alapján egyértelműnek tűnik, hogy a következő évtized a placebo terápia felhasználásának lehetőségeiről fog szólni (Benedetti, 2009). Ám ehhez előbb egyrészt nagyon pontosan körül kellene határolni és le kellene szabályozni az efféle terápia lehetőségeit mind az indikációk, mind pedig a kezelés időtartamának vonatkozásában, másrészt pedig alaposan végig kellene gondolni a kérdés etikai vonatkozásait is.

Egyes krónikus, hosszú távú gyógyszeresedéssel járó betegségek esetén (például a fájdalomcsillapítás vonatkozásában) kézenfekvő lehetőség lehet a gyógyszerek egy részének placeboóra való cserélése. Megfelelő arányok esetében a medikáció hatásossága még nem

csökken, ugyanakkor számos mellékhatás elkerülhetővé, vagy legalább enyhíthetővé válhat. Folyamatos megerősítés híján a placebo-terápia hatásossága a legtöbb esetben (bár nem mindig!) időben korlátozott (kioltódás), ám ez nem minden esetben jelent problémát. Ha ezalatt a beteg kilendíthető egy kedvezőtlen egyensúlyi helyzetből, akkor lehetővé válik egy új egyensúlyi pont megtalálása is. Jó példa lehet erre a depresszió, ami pszichológiai szempontból negatív irányú, önerősítő érzelmi, gondolati és viselkedési spirállal jellemezhető. Ha csak időlegesen is, de sikerül megtörni a ciklust, akkor a betegnek lehetősége nyílik belső változtatásra. Emellett számos olyan akut kóros állapot is létezik (például sérülések, gyulladások, fertőzések), amely időben eleve korlátozott lefutású, és amelynek gyógyulása placebokezeléssel jól gyorsítható. Többen javasolják a placebok használatát különféle addikciók kezelésében is.

Nagyon fontos kiemelni azt, hogy placebo-terápia csakis olyan indikációk vonatkozásában képzelhető el, ahol a hatásosság jól bizonyított. Számos olyan betegség és állapot van, amelynek gyógyítására a szervezet elvileg sem képes, más esetekben a hatásosság gyanítható, de még nem állnak rendelkezésre megfelelő erejű bizonyítékok – ezekben a helyzetekben a placebok használata valóban felelőtlenségnek vagy csalásnak minősül.

Egy további nehézség: nagyon nehéz előre látni azt, hogy egy adott beteg hogyan fog reagálni a placebokezelésre. Több ember esetében a csoport kontrollcsoporthoz viszonyított átlagos változását *placebohatásnak* nevezzük, ám ez csupán egy átlag: a csoport tagjait egyenként vizsgálva kiderül az, hogy az egyéni reakciók tekintetében rendkívül nagy a változatosság. Márpedig a kutatótól eltérően a klinikus mindig egyedi esetekkel

találkozik, és teljes joggal szeretné csökkenteni a terápia hatásosságát illető bizonytalanságot. Mai tudásunk szerint létezik néhány olyan személyiség-jellemző (ilyen például az optimizmus vagy a problémák társas megoldására való irányultság), ami valószínűsíti a placeboreakciót. Emellett nagyon fontosak a helyzeti tényezők is (Köteles – Bárdos, 2009): a különböző placebo (például injekció vs. tableta) különböző erősséggel hatnak, ezért a hatásosság maximalizálásához a kezelést tanácsos egyénre szabni. Ennek kapcsán érdemes megjegyezni azt is, hogy megfelelő feltételek (például biztonságosság, előírt terápiát kiegészítő, adjuváns alkalmazási mód stb.) betartásával a komplementer medicina által használt szerek egy része is jól használható, hiszen sokan jobban hisznek a „természetgyógyászatban”, mint az orvostudományban (Evans, 2004; Thompson, 2005). Mivel a placebo *hatnak*, e szerekkel sok esetben valóban gyorsítani lehet a gyógyulást, ezért sok esetben indokolt lehet a használatuk (mindez természetesen nem jelenti azt, hogy e szerek egy része ne bírhatna specifikus farmakológiai hatással is).

Bármilyen placebo-ról beszéljünk is, klinikai szempontból az igazi etikai problémát valójában nem maga a használat jelenti, hanem a *helytelen használat*. Ha a beteg emiatt hatásos kezeléstől esik el, vagy eleve nincs remény a gyógyulásra, ám a gyógyító bármilyen okból túlzott elvárásokat ébreszt benne, akkor a placebo-terápia valóban több kárral jár, mint haszonnal. Mindez azonban semmiképpen nem jelenti azt, hogy a placebo-terápia ne találhatná meg újra a maga jól definiált helyét az orvosi eszköztárban. Az állítás talán merésznek tűnik, és tény az, hogy etikai-betegjogi szempontból még nagyon sok problémát kell megoldani (Köteles et al.,

2007). Ám tény az is, hogy a placebohasználatot soha nem sikerült teljesen száműzni a gyógyításból. Friss vizsgálati eredmények mutatják, hogy a gyakorló orvosok jelentős része (40–86%-al) tudatosan használ placebokat mindennapi praxisában. Az orvosok döntő többsége etikai alapon nem zárkózik el a placebo használatától, indokolt esetekben elfogadhatónak tartja azt. Mindezt hazai háziorvosok körében végzett vizsgálatunk (Ferentzi et al., 2010) eredményei messzemenően alátámasztják. Placebóként az orvosok a leggyakrabban komplementer szereket és nyugtatókat használnak, bár sokan említik a „klasszikusnak” tekinthető fiziológiás sóoldat-injekciót vagy a gyógyszer-tári placebo-tablettát is.

Mi sem mutatja jobban a kérdés lezáratlanságát, mint hogy a *The American Journal of Bioethics* 2009/12-es számát szinte kizárólag a placebo-terápiával kapcsolatos érveket és ellenérveket sorakoztató publikációk töltik ki.

Konklúzió

A gyógyulás aktív folyamat, mely nemcsak az orvos és a terápia, hanem a beteg részvételét is feltételezi. A placebo-reakció a beteg új körülményekhez (a gyógyulás ígéretéhez)

való sajátos alkalmazkodásának is tekinthető. Énünk alapvetően szalutogenetikusan orientált, vagyis aktívan keresi a jólléthez vezető utat és lehetőségeket, és a placebo-reakció (a boldogság, a szeretet-szerelem és a humor mellett) az alapvető agyi szalutogenikus válaszok közé tartozik (Smith, 2002). Az intakt én fenntartása eleve életünk egyik legfontosabb célja és motivációja (Ádám, 1998), így nem csoda, hogy sérülés esetén bármilyen rendelkezésre álló eszközt megpróbálunk felhasználni az eredeti állapot visszaállítására.

A placebo-reakció szükségképpen része minden terápiás beavatkozásnak, ráadásul a placebo-reakció jó előrejelzője a gyógyszerekre adott válasznak is. A placebojelenség a gyógyszer-hatásvizsgálatok esetében egyszerűen egy zavaró, lehetőség szerint kiszűrendő vagy legalább redukálendő tényezőnek számít. Ezzel szemben a klinikai gyakorlatban – megfelelően használva, jó szakember kezében – a gyógyulást segítő fontos faktorrá válhat. Ehhez azonban még sok téves berögződésen és előítéleten kell átlépnünk, és még több, jól tervezett, alapos vizsgálatot kell elvégeznünk.

Kulcsszavak: *placebo, homeosztázis, etika*

IRODALOM

- Ádám György (1998): *Visceral Perception: Understanding Internal Cognition*. Plenum Press, New York <http://books.google.hu>
- Bárdos György (2003): *Pszichovegetatív kölcsönhatások. Viselkedés-élettan 1*. Scolar, Budapest
- Bárdos György – Ciboly Ádám (2003): Placebohatás: az elvárások gyógyító ereje. *Magyar Tudomány*. XLIX, 7, 814–823. • <http://www.matud.iif.hu/03jul/003.html>
- Benedetti, Fabrizio (2009): *Placebo Effects: Understanding the Mechanisms in Health and Disease*. Oxford University Press, New York
- Benson, Herbert – Friedman, Richard (1996): Harnessing the Power of the Placebo Effect and Renaming It „Remembered Wellness”. *Annual Review of*

- Medicine*. 47, 193–199. • doi:10.1146/annurev.med.47.1.193
- Evans, Dylan (2004): *Placebo. Mind over Matter in Modern Medicine*. Oxford University Press, Oxford
- Ferentzi Eszter – Köteles F. – Bárdos G. (2011): The Therapeutic Use of Placebos among Hungarian GPs—a Preliminary Research Report. *CEMED, in Press*.
- Humphrey, Nicholas (2002): Great Expectations: The Evolutionary Psychology of Faith Healing and the Placebo Effect. In: *The Mind Made Flesh: Essays from the Frontiers of Psychology and Evolution*. Oxford University Press, Oxford, 255–285. • <http://cogprints.org/3386/1/GreatExpectations.pdf>
- Köteles Ferenc – Bárdos György (2007): A placebo – evolúciós szemmel. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 62,

- 2, 239–252. • doi:10.1556/MPSzle.62.2007.2.6
- Köteles Ferenc – Bárdos György (2009): Gyógyszerek perceptuális jellemzői és potenciális hatásai. *Psychiatria Hungarica*. 24, 4, 282–295.
- Köteles Ferenc – Fodor D. – Czibolya Á. – Bárdos, Gy. (2007): A placebo terápiás felhasználásának etikai kérdései. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 62, 4, 429–448. • doi:10.1556/MPSzle.62.2007.4.1
- McEwen, Bruce S. – Wingfield, John C. (2003): The Concept of Allostasis in Biology and Biomedicine. *Hormones and Behavior*. 43, 1, 2–15. • <https://www.cds.caltech.edu/~doyle/HRreading/Allostasis/allostasisr.pdf>

- Rief, Winfried – Nestoriuc, Y. – Weiss, S. – Welzel, E. – Barsky, A. J. – Hofmann, S. G. (2009): Meta-analysis of the Placebo Response in Antidepressant Trials. *Journal of Affective Disorders*, 118, 1–3, 1–8. • doi:10.1016/j.jad.2009.01.029
- Smith, Donald F. (2002): Functional Salutogenic Mechanisms of the Brain. *Perspectives in Biology and Medicine*. 45, 3, 319–328. doi:10.1353/pbm.2002.0058 • <http://www.scribd.com/doc/2547052/Functional-Salutogenic-Mechanisms-of-the-Brain-Donald-F-Smith>
- Thompson, W. Grant (2005): *Placebo Effect and Health: Combining Science with Compassionate Care*. Prometheus Books, Amherst, MA:



Tanulmány

AZ ÚJ MIKES-KUTATÁSOKRÓL

Tüskés Gábor

az irodalomtudomány doktora, egyetemi tanár, osztályvezető,
MTA Irodalomtudományi Intézet, Eszterházy Károly Főiskola
xviii@iti.mta.hu

A 2011-es év egyik kiemelt irodalomtörténeti eseménye Mikes Kelemen halálának 250. évfordulója. Mikes a korai felvilágosodás egyik első, művészileg leghatásosabb magyarországi képviselője, s a *Törökországi levelek* öt idegen nyelvű fordítása és a lassan gyarapodó nemzetközi szakirodalom révén elválaszthatatlan része az európai irodalmi örökségnek. A szülőföld elvesztésének megjelenítésével máig eleven paradigmát teremtett. Az évforduló jó alkalmat kínál az utóbbi évtizedek Mikes-kutatásaiban elért eredmények számbavételére, néhány fontosabb probléma jelzésére és az ezek megoldása érdekében készített tervek bemutatására.

Mikes a XVIII. század egyik legtöbbet kutatott szerzője, de az életmű feltárása a század végétől napjainkig csak megszorításokkal mondható folyamatosnak. A kutatástörténetben több megtorpanás tapasztalható, ami erőteljes szelektivitással párosult, elsősorban a fordítások rovására. A pozitivistá irodalomtudomány filológiájának nagy mulasztása volt a Mikes-kéziratok szövegkritikai feltáratlansága és kiadatlansága, ugyanekkor évtizedekre zsákutcába jutott a *Leveleskönyv*

keletkezéstörténetének vitája. A két világháború közti korszak irodalomtörténetiséi a *Leveleskönyv* külföldi mintáinak és forrásainak feltárására összpontosítottak elsősorban, s a kutatás „szellemtörténeti” szakasza magával hozta spekulatív elemek felbukkanását. A fordítások sokáig csak szűk körben váltak ismertté, s egyetlen kivételtől eltekintve egészen a XX. század második feléig kéziratban maradtak. Az ezekre vonatkozó tanulmányok gyakran egymásnak ellentmondó, téves vagy megalapozatlan feltételezéseket közöltek. A történeti, filológiai, irodalom- és művelődéstörténeti közlemények szerzőinek figyelmét többször elkerülték az egymás érdeklődésére számot tartó írások, s a források közzététel módja gyakran mutatja az addigi szakirodalom hiányos ismeretét. A Mikes-kutatás története sem mentes a rivalizálástól, egymás munkájának lebecsülésétől, az indokolatlan szembeállításától és leértékeléstől. Mindezek következtében az eredmények nem mindig épültek egymásra; hosszú ideig nem alakulhatott ki a teljes életművet átfogó, szerves tudományos folyamat. Ennek lehetősége lényegében csak az 1980-as évek végén terem-