

A betegek lázadása: orvosok, páciensek, társadalmak

„A jó orvos barátként viszonyul a betegeihez. Az összeshez. És a beteg is igyekszik legyőzni a pszichológiai és társadalmi korlátokat, hogy orvosának igaz barátja lehessen, ami gyakran sikerül is neki” – írja Dr. Pedro Laín Entralgo *Doctor and Patient* című művében (idézi: Siegler 2011: 7). Szépen hangzik, de nem túlzás ez? Vajon valódi orvosokról van itt szó és valódi betegekről? S egyáltalán: melyik korról és melyik társadalomról?

Lehet, hogy Dr. Laín idealizmusa túlzó, de a kínai orvoslás sem adja alább. Sun Szu-Miao, a tradicionális kínai medicina kiemelkedő alakja a következő elvárásokat fogalmazza meg két és félezer évvel ezelőtti munkájában: az igazi orvosnak nem pusztán részrehajlástól mentesen, egyforma áldozatossággal, saját érdekeit félretéve kell segítenie gazdagon és szegényen, kínain és idegenen, szépen és csúnyán, de „úgy kell tekintenie a szenvedőkre, mintha saját magát érte volna a baj, s szíve mélyéből együtt kell velük éreznie”¹.

Eltérő történelmi és kulturális kontextusokban vizsgálódva az ideális orvosról bizonyára számos további leírást találhatnánk, s ezek vélhetően nem esnének tökéletesen egybe. Nem kétséges azonban, hogy a gyógyító tevékenység normatív elemeinek van közös nevezőjük: az orvosnak a beteg javát kell szem előtt tartania, elfogulatlanul és körültekintően kell eljárnia, és semmiképp sem végezhet ártalmas beavatkozást. Ennyiben talán általánosnak mondható az orvosi etika. Ám az, hogy miképp kell a pácienshez viszonyulnia: egyfajta jóindulatú, atyai leereszkedéssel, megfellebbezhetetlen autoritásként vagy a páciens autonómiáját tiszteletben tartva egyenrangú partnerként – ez már nem kis részben az adott társadalmi kontextus függvénye.

Az elmúlt évtizedekben sokféle, hagyományosnak gondolt szerep tartalma kérdőjeleződött meg a nyugati társadalmakban. Férfi és nő, gyerek és szülő viszonyát a korábbiaknál többféleképp tudjuk elképzelni. Elmosódnak a határok, s olykor elbizonytalanodnak maguk a szereplők is. Bár a magyar egészségügyet e változás korántsem látszik egészében átítatni,

1 Forrás: <http://www.itmonline.org/arts/sunsimiao.htm>. A kínai orvoslás etikájához lásd Tsai (1999).

tágabb perspektívából jól látszik, hogy az orvos-beteg viszony régi evidenciái sem maguktól értetődők többé. A változások zöme mintha a kapcsolat hierarchikus, hatalmi dimenzióját ásná alá, ám úgy tűnik, ennél valójában bonyolultabb a helyzet. Mindenki szeretné, ha orvos emberibben viszonyulna hozzá, személyként, s nem pusztá esetként, egy kór objektívációjaként kezelné, miközben néhányan azt is elvárják tőle, hogy ügyfélnek tekintse őket, és számonkérhető színvonalú szolgáltatást nyújtson.

A paternalizmus tekintetében meglehetősen különböznek a társadalmak, ám még az egyéni autonómia értékét tisztelő Nyugat hagyományos orvos-beteg relációját is színezi ez az árnyalat: a betegek univerzális kiszolgáltatottsága miatt a kapcsolat eredendően aszimmetrikus, vagy legalábbis jellemzően így appercipiálódik. Első pillantásra a többi emancipatorikus törekvés sorába illik az orvos és beteg viszonyát s egyúttal az egészségügyi rendszereket általában is átítató paternalizmussal szembeszegülni igyekvők ambíciója. A biomedikális modellre jellemző, valójában még mindig domináns orvos-beteg kapcsolat lassan megrendülni látszik. Az orvostudománnyal szembeni gyanakvás, néhány nagyobb nyilvánosságot kapott eset (mint legutóbb például az opiátok alkalmazása körüli botrány az Egyesült Államokban²) gyengíti a modell alapjául szolgáló orvosi autoritást. Az internet megjelenése tovább erodálta a viszony korábban egyértelmű aszimmetriáját: internetes oldalakról összegyűjtött információik alapján a páciensek esetenként akár felül is bírálják az orvosi diagnózist vagy javallatot, sőt olykor már kész diagnózissal állítanak be a rendelésre. De vajon mi marad a régi modelltől s mi lép a helyére? A hatalmi viszonyok átstrukturálódása, a felelősség súlypontjának eltolódása és az orvos-beteg viszony egyéb változásai a késői modernitás kontextusában izgalmas problémák maradnak.

A terminológia megváltozása is ezeket a folyamatokat hivatott valamiképp kifejezni: a korábban használatos „páciens”-t egyes területeken elkezdte felváltani a „kliens” kifejezés. Nem biztos azonban, hogy az elnevezések mindenütt ugyanarra utalnak. A magyarban például különbséget tudunk tenni „páciens” és „beteg” között, s ez utóbbi kiszorítása egyes területekről talán hasonló irányú változást jelez, mint a „kliens” térnyerése az angolban a „páciens” kárára. Magyarországon az orvosi kontextusban kissé idegenül csengő „kliens” megnevezés a pszichoterápia és a magánegészségügy egyes szegmenseiben terjed. Az egyik magánklinika például ennek jegyében méri a rendelésen megjelent betegek elégedettségét, hiszen, amint honlapjukon írják: „[számunkra] az elégedettség mérése nem pusztá formalitás, hanem a hosszú távú, innovációra épülő gondolkodásunk egyik alapja, egyben az ügyfeleinkkel való korrekt partneri viszony kifejezője is”.³ A „korrekt partneri viszony” Magyarországon már önmagában is ritka érték, s oly mértékben elüt az egészségügyben szerzett domináns tapasztalatoktól, hogy talán az orvosi kezelés minőségétől függetlenül is szívesen fizet érte, aki megteheti.

Másutt azonban, ahol a partneri viszonyulás alapvetőbbnek tekintett társadalmi szervezőelv, nem biztos, hogy a páciensek örömmel veszik tudomásul metamorfózisukat, s változnak klienssé. Egy kanadai orvos például arról számol be (Wing 1997), hogy egy hátfájásra szakosodott klinika betegeinek körében végzett felmérése meggyőző arányban (101-ből 74

2 Amerikában kimagasló az ópiumfüggők aránya, és egyre többen sejtik ennek háttérben az egyik ópium-alapú fájdalomcsillapítót gyártó cég manipulatív kampányát, melyben korrupt orvosok is részt vettek az elmúlt évtizedekben. Az eset nagy nyilvánosságot kapott a médiában. Ehhez lásd pl.: <https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/30/the-family-that-built-an-empire-of-pain>.

3 A Budai Egészségközpont honlapja: <http://bhc.hu/magunkrol/elegedettsegmeres/>.

válaszadó esetében) mutatta azt az óhajt, hogy „kliens” vagy „ügyfél” helyett továbbra is „beteg” vagy „páciens” maradjon az elfogadott címke. Egy brit pszichiáter a *Psychiatric Times* hozzászólásrovatában ad hangot felettébb szkeptikus véleményének az újabb szóhasználatot illetően.⁴ Úgy véli, a „kliens” terminus elszemélyteleníti, üzletiesse degradálja a viszonyulást, s ezzel éppen a lényegétől fosztja meg. Bizonyos esetekben pedig használata egyenesen neveltségessé válik. („Vajon – szögezi neki az olvasónak költői kérdését a doktor – egy pszichotikus, hospitalizált beteget mostantól »kórházi ügyfélnek« kell nevezni?”) Az újfajta szóhasználatot – e kételkedő orvosok számára is nyilvánvalóan – az indokolja persze, hogy a „páciens”, illetve „beteg” kifejezést mind többen érzik a régebbi, paternalisztikus viszonyt tápláló biomedikális modell csökevényének. Az egyenrangú félként, sőt személyként elismert beteg korrektebb megnevezése ezért sokak szerint a „kliens”. Ám úgy tűnik, ez korántsem arat osztatlan sikereket még azok körében sem, akik egyébként örömmel látják a kapcsolatot szabályozó régi normák, elvárások és asszociációk változásait. Az idézett orvosok létező dilemmára mutatnak tehát rá, amit jelez a cikkeikre érkezett hozzászólások sokasága is.

Van azonban a „kliens” megnevezésnek egy további olvasata is. A történész Thomas Cole (2012) például úgy látja, hogy a kifejezés éppenséggel egy emberibb, ideálisabb orvos-beteg viszony felbomlását jelzi. Szerinte az Egyesült Államokban a kapcsolat aranykora 1880 és 1970 közé tehető, amikor a személyesség volt a viszonyulás legmarkánsabb aspektusa. Cole arról az időszakról beszél, amikor az orvos minden egyes betegével közeli viszonyt ápolt, vagyis nemcsak az orvosi szempontból közvetlenül releváns anamnézist, de a páciens egész háttérét jól ismerte. Az 1970-es, '80-as évektől azonban Cole szerint az egészségügyi szféra nagyvállalati átalakulása mindezt fokozatosan leépítette. Az orvosok ma már a nagyvállalati logika alapján működő kórházak, biztosítók és hasonló szervezetek alkalmazottai, ezek pedig bürokratikus, profitorientált intézmények, s működési logikájuk az orvos és betege közti interakcióba is beférkőzik.

Többnyire épp ez a korszak szolgál háttérül az életünk hovatovább szerves részét képező televíziós sorozatok népszerű válfajának, a kórházszorozatnak is. A dramatizált kórházi történetek nem egyszerűen csak tükrözik, hanem bizonyos értelemben alakítják is a mindennapi realitást. A konstruált valóság beszüremkedik képzeletünk közé, formálja elvárásainkat, vonatkoztatási keretétől szolgál értékítéleteinknek. Tanulmányában Nádasi Eszter azt elemzi, hogy miként jelenik meg az orvos karaktere e dramatizált helyzetekben. Érdekes kettősséget tár fel: a képernyőn megismert orvos valóságos modern hős (vagy antihős), aki mindent megtesz a betegért, akár még normákat is áthág, csak hogy gyógyítani tudjon, miközben a páciensek jóformán papírmásé figurák csupán, akik csak asszisztálnak az orvosi karakter kibontakozásához, s a doktor heroikus erőfeszítéseinek pusztá díszletei maradnak.

Orvos és páciens viszonyát néha komplementer, máskor egymásnak ellentmondó elvárások sokasága szabályozza és szabályozta tehát régebben is, a ténylegesen lezajló interakciók pedig még ennél is nagyobb változatosságot mutatnak. Az alábbi tanulmányok mindegyike valamilyen formában érinti e kapcsolódás kérdését: közvetlenül vagy implicit módon a gyógyítási folyamat részeként elvárt és megvalósuló viszonyulással is foglalkoznak. Simon Katalin tanulmánya a modernizáció előtti Magyarország orvostörténetébe enged bepillantást. Nemcsak az orvos- és betegszerep alakváltozásait, de azt is áttekinti, hogy egyáltalán milyen források mutatják a viszony történeti alakulását.

4 Ronald W. Pies (2015. április 22.): <http://www.psychiatrictimes.com/blogs/couch-crisis/why-doctors-dont-have-clients>.

Az eltérő társadalmi szövetek részeként természetes, hogy e viszony is különbözőképp alakulhat. Az elmúlt évtizedekben a nyugati világban mégis mindenütt érzékelhető valamilyen változás, s egyformán nagy a bizonytalanság is. Ám úgy tűnik, mindez némileg eltérő módon érinti az orvosi mező egyes szegmenseit. Szász és Hollender 1956-os rendszerezése szerint az orvos-beteg viszony három alapmodell alapján épülhet fel (idézi Kaba és Sooriakumaran 2007: 61). Az első egymással világosan szembeállítható, illetve egymást kiegészítő aktív és passzív szerepeket oszt a résztvevőkre: a viszony ekkor a szülő és csecsemő közötti reláció mintájára épül fel. Az orvos cselekszik, a beteg pedig passzívan eltűri ezt is, akár magát a betegséget. Ennek legtipikusabb manifesztációja egy műtéti beavatkozás vagy egy kómás beteg ellátása. A következő típusban az orvos irányít: megmondja a páciensnek, mit tegyen, a betegtől pedig együttműködést vár el. Fertőzések és egyéb akut állapotok kezelése ilyen, s a viszonyulás itt a szülő és nagyobb gyerek kapcsolatához válik hasonlónak. A harmadik modell a kölcsönös szerep- és felelősségvállalásé, ahol az orvos abban segít, hogy a páciens segíteni tudjon saját magán. Ez egyfajta partneri, felnőtt viszony, amely krónikus betegségek kezelésekor, vagy még gyakrabban pszichoterápia során alakulhat ki.

Noha kifejezés és tartalom nem választható el egészen egymástól, nem árt szem előtt tartanunk, hogy itt valójában nem annyira az elnevezésről, mint inkább az orvos-beteg viszony természetéről magáról van szó, amely szervesen illeszkedik egy adott orvosi mező, végső soron pedig egy egész társadalom kontextusába. Nem meglepő ezért, hogy e reláció térben és időben igen nagy változatosságot mutat, sőt az egyes orvosi területeken belül jellemző szerepek is különbözőek lehetnek. Egy sebésztől például hiába is várnánk személyesebb viszonyulást: az ő gyógyító munkájának elengedhetetlen feltétele a beteg passzivitása. A sebészet történetének ezért érthető módon szerves része az a kényszer, s egyúttal ambíció, hogy a beteg minél tökéletesebb passzivitását biztosítani tudják, mely törekvés végső soron egy egész szakterületet hozott létre: az aneszteziológus specialitása voltaképpen a páciens passzívvá tétele. Alábbi írásomban az orvostörténet egy olyan epizódjával foglalkozom, amelyben a páciens a legteljesebb passzivitásra volt kárhozható: a műtéti érzéstelenítés első, 19. századi formáit vizsgálom, s bemutatom, miként jelenhettek meg a tágabb társadalmi, hatalmi viszonyok egy-egy orvosi innováció sorsának alakulásában.

A pszichoterápiában újabban elterjedt „kliens” kifejezés nem egyszerűen az üzleti vagy partneri viszonyra utal, hanem alternatívát kínál a „beteg/egészséges” hamisnak, félrevezetőnek tartott dichotómiájával szemben. Ám a helyzet ennél komplexebb. Úgy vélem, a pszichoanalitikus modell voltaképpen egy régebbi orvos-beteg reláció újabb formájának is tekinthető. A páciens aktív részvétele a folyamat egészében, a diagnózis és a kezelés közös, diszkurzív konstrukciója közeli rokonságot mutat az úgynevezett medikalizáció, a 18–19. század során lezajló jelentős változások előtti orvosi tevékenységgel, vagy annak legalábbis egy részével. A kórházak megjelenését és dominánssá válását, a mikrobiológia felfedezéseit és a különféle orvosi eszközök bevezetését megelőzően a betegségek kezelése többnyire otthon zajlott, az orvosi vizit maga pedig nem sokkal állt többször egy beszélgetésnél, amelynek során a páciens beszámolt tüneteiről, majd az orvossal közösen kiválasztották a megfelelőnek tartott gyógymódot. A páciens testének tüzetesebb szemrevételezése csak a bőrfelszín elváltozásainak esetében volt a vizit része, egyébként a beszélgetés maga alkotta a vizsgálatot. A viszony persze így sem volt szimmetrikus, csakhogy az aszimmetria nem csupán a beteg kiszolgáltatottságából fakadhatott, hanem az orvosból is, akinek megélhe-

tése a szolgálatait igénybe vevő fizető pácienseitől függött. Ám ha némileg aszimmetrikus volt is, a viszonyt ezekben az esetekben személytelennek semmiképp nem érezhette sem orvos, sem beteg.

A pszichoterápia során a páciens (kliens) mentális állapota éppúgy nem hozzáférhető a közvetlen inspekciónak számára, mint ahogy a 18. századi orvos sem igen tudhatott más anyagból dolgozni, mint abból az információból, amit a beteg közölt saját állapotáról. A technológiai újítások a sztetoszkóptól a modern képalkotó technikákig és laboratóriumi tesztekig egyebek mellett azt sugallták és sugallják továbbra is, hogy személyében a betegnek többé már nem kell jelen lennie a folyamat semmilyen részében: gyakorlatilag szükségtelenné vált, hogy állapotáról maga tudósítson – bőven elegendő, ha testét felkínálja a minél behatóbb, de immár gépek, eszközök által közvetített orvosi vizsgálat tárgyául. A Foucault (1973) nyomán többek által is leírt változások az orvos-beteg kapcsolat két végpontját, vagyis a pszichoterápiát és a sebészetet tulajdonképpen elkerülték. A pszichoterápiát e technológiai innovációk érintetlenül hagyták, s a diagnózisalkotás és a (nem gyógyszeres) kezelés folyamata lényegében nem változott.

A pszichoterápia tehát egyszerre tükrözi a medikalizáció előtti személyességet, a partneri viszonyulást, a páciens felelősségvállalásának mozzanatát egyfelől, és fejezi ki a betegség és egészség kategóriáit élesen szembeállító hagyományos felfogás későbbi modern megkérdőjelezését másfelől. Ám a pszichoterápia sem homogén terület. Felvetődik például a kérdés, hogy miként alakul mindez abban a különleges esetben, amikor a viszony már nem két ember interakciójaként manifesztálódik, hanem egy csoport közvetíti. Miként befolyásolja a csoportterápia sajátos interaktív szituációja a hagyományos orvos-beteg relációt? Részben ezekkel a kérdésekkel foglalkozik Kovai Melinda tanulmánya. Az orvos-beteg (terapeuta-páciens, csoportvezető-csoporttag) viszonyára vonatkozó megszokott, sőt részben intézményesített szabályokat felrúgó, ám nagyon is szigorú normák mentén működő híres Mérei-csoportok történetére fókuszálva az írás a csoportterápia Kádár-kori sajátosságait mutatja be.

Ha a sebészetet és a pszichoterápiát – eltérő okokból – nem is jellemzi efféle antagonizmus, a köztes területeken már egy ideje megfigyelhető a személyiségüktől megfosztott, tárgyiasított betegek egyfajta lázadása. Ennek egyik emblematiszusa a magyar származású, de Angliában hírnévre szert tevő Bálint Mihály megközelítése (Bálint 1957). Bálint betegközpontú, biopszichológiai perspektívájú kezelést szorgalmaz, ahol a beteg nemcsak személyként van jelen, de osztozik az állapotának alakulása iránti felelősségben is. A megközelítés háttérében az a belátás húzódik meg, hogy a fizikai és a mentális állapot egymástól nem elválasztható, vagyis egy ember fizikai állapota nem kezelhető pszichoterápiás jellegű kezelés nélkül – pusztán tárgyként senki sem gyógyítható meg. A dán szerzőpáros itt közölt tanulmánya e felismerést járja körül az alternatív orvoslás viszonylatában. A régi és új gyakorlatokat egyaránt felölelő, a hagyományos nyugati biomedikális megközelítés alternatívájaként egyre divatosabbá váló terület legfontosabb pillére éppen a saját egészségéért felelősséget vállaló, aktívan cselekvő páciens vagy inkább: „kliens”. A kliens teste itt tárgyból cselekvő ágenssé, ő maga statisztából főszereplővé válik. Az alternatív orvoslás pontosan azt ígéri, amit a nyugati medicina fősodra az elmúlt kétszáz évben szem elől tévesztett: a kiszolgáltatott, függő helyzetbe került, autonómiájától megfosztott beteg újra aktív részesévé válhat állapota alakításának, és felnőtt személyisége egészével vehet részt a partnerségként újrafogalmazott viszonyban.

Voltaképpen tehát már évtizedekkel ezelőtt megfogalmazódott a manapság inkább elvárás-ként manifesztálódó idea: a tárgyként kezelt betegek személyességet és partneri viszonyt követelnek, sőt úgyszólván egész lényükkel kívánnak jelen lenni a gyógyítással kapcsolatos interakciókban. A beteg személye helyét követel magának ismét, ám nem tudni, a későbbi modern társadalmak egészségügyének megváltozott közegében hol találja azt meg.

Hivatkozott irodalom

- Bálint, Michael (1957): *The Doctor, His Patient and the Illness*. New York: International Universities Press.
- Cole, Thomas, R. (2012): The Rise and Fall of the Doctor-Patient Relationship. *Digital Commons@The Texas Medical Center, John P. McGovern Historical Collections and Research Center. Houston History of Medicine Lectures*. Paper 10. Interneten: <http://digitalcommons.library.tmc.edu/homl/10>.
- Foucault, Michel (1973): *The Birth of the Clinic*. New York: Pantheon Books. (Magyarul: *Elmebetegség és pszichológia – A klinikai orvoslás születése*. Budapest: Corvina, 2000.)
- Kaba, Riyaz és Prasanna Sooriakumaran (2007): The Evolution of the Doctor-Patient Relationship. *International Journal of Surgery* 5(1): 57–65.
- Siegler, Mark (2011): *The Three Ages of Medicine and the Doctor Patient Relationship*. Monographs of the Víctor Grífols i Lucas Foundation, 26. Barcelona: Víctor Grífols i Lucas Foundation. Interneten: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689077/monograph26.pdf/>.
- Tsai, Daniel Fu-Chang (1999): Ancient Chinese Medical Ethics and the Four Principles of Biomedical Ethics. *Journal of Medical Ethics* 25(4): 315–321. Interneten: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC479240/pdf/jmedeth00005-0025.pdf>.
- Wing, Peter C. (1997): Patient or Client? If in Doubt, Ask. *Canadian Medical Association Journal* 157(3): 287–289. Interneten: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227829/pdf/cmaj_157_3_287.pdf.