

A GYÓGYÍTÓ MUNKA ELSZEMÉLYTELENEDEDÉSÉNEK OKAIRÓL

A gyógyító munka elszemélytelenedése nem újkeletű, de egyre izgatóbb probléma. Oksági összefüggésben van ez - általában - a társadalmi fejlődés felgyorsulásával, a felgyorsulás következményeinek, pozitív és negatív hatásainak késésben lévő felismerésével, illetve a felismerésre való komplex és hatékony reagálással. Az elszemélytelenedés - akár tartósan, akár átmenetileg - minden olyan esetben bekövetkezik, amikor az emberi létezés összetartó tényezőit, a testi, a lelki és a szociális tényezők egységét megbontjuk, azokat egymástól, vagy azok valamelyikét a másik kettőtől elszakítjuk, elszakítva vizsgáljuk. Mondhatnánk azt is, hogy az embert elidegenítjük önmagától, egységét megbontva személytelenné, arcnélkülivé tesszük. Következésképpen: az elszemélytelenedés nem csupán az orvoslás területén figyelhető meg, de miután az egészségügy a modern társadalmakban viszonylag kellő autonómiát élvező alrendszerként funkcionál - illetve kellene, hogy funkcionáljon - és e funkcionálása célzottan az emberre irányul, logikus, hogy nem térhet ki e probléma elől. Olyannyira nem, hogy az elszemélytelenedés észlelése, a megszüntetésre irányuló formák és módszerek kidolgozása és terjesztése, az orvoslásban szükséges szemléletmód-váltás hangoztatása elsődlegesen orvosi körökben - és nem kívülről bevitt dologként - jelentkezett.

Ez a pszichoszomatikus orvoslásra való irányvételt jelentette - és jelenti -, ami a gyógyítás jövője szempontjából rendkívül ígéretesnek és hatékonynak mutatkozik. Az ígéretességet a pszichoszomatikus orvoslásra vonatkozó elméleti kutatások gyors fejlődése is bizonyítja. Az elmélet történeti fejlődésében 1801-től 1980-ig 54 fő állomás jelölhető meg, amiből az 1931 és 1980 közötti időszakra 47 jelentős felfedezés esik.<sup>1</sup> Az elmélet gyakorlati alkalmazásában iskolát teremtő személyiségként említhetjük Dr. Bálint Mihályt (1896-1970).<sup>2</sup>

A Bálint-iskola lényegében az ún. "Schulmedizin" kritikája is; áthelyezi a súlypontot a betegséghez rögzült orvoslásról a betegre irányuló orvosi tájékozódásra. A bálinti koncepció szerint: "A jövőt olyan feladatok határozzák meg, melyek az orvosok, az ápolószemélyzet és a betegek közötti kommunikáció és kooperáció specifikus problémáiból adódnak az egyre fokozódóan szakosodó orvostudományon belül. Ezek a problémák a pszichológiai és szociológiai tényezők figyelembevételéhez egyre inkább páciens- és betegközpontú medicinát követelnek."<sup>3</sup>

A bálinti iskola képviselői a gyógyító munka elszemélytelenedését tehát - szakmai vonatkozásban - a szomatikus orientációjú szakorvosi medicinában, az általános orvoslás tudományos és társadalmi rangjának elvesztésében, alárendelt helyzetbe való kerülésében látják. Mindez pedig történik akkor, amikor "még ma is világszerte az orvoshoz forduló, magukat betegnek érző emberek nagy többségét" az általános orvosok látják el.<sup>4</sup>

Az Egészségügyi Minisztérium 1982-es évkönyvében a tárgyév betegforgalmának adatai a fenti megállapítást alátámasztják. 4 190 körzeti orvos betegforgalma 43 447 337 fő volt. Ezzel szemben a 10 172 kórházi orvosra 2 040 000 beteg jutott. (Egy körzeti orvosra 10 369, egy kórházi orvosra 2 005 fő esik.) A probléma igazi lényege természetesen nem ebben a szám-  
szerű Utközésben van, aminek az erőssége csökken is, ha jelentős számú betegnek a körzeti orvos és a szakrendelés közötti "ingázását" vesszük figyelembe. Ennek ellenére a probléma felvetése tartalmilag indokolt, noha véleményünk szerint az elszemélytelenedés - bár más összefüggésben - egyaránt jelentkezik a szakorvosi és az általános orvosi gyakorlatban.

Losonczi Ágnes az elszemélytelenedést a technicizálódás szükségszerű következményének tartja.<sup>5</sup> Ez a szakorvosi gyakorlatra irányuló elemző megállapítás a következő gondolatokat veti fel: a szakorvosok nem az emberre, hanem adott betegségekre és azok gyógyítására szakosodtak; az ember a kivizsgálások során mintegy "beépül" a technikai folyamatokba, azok részévé, tárggyá válik; elvész az ember a részbetegségben, a kivizsgálások során szétszedik és a lelethalmazok alapján összerakják; a beteg általában információhiányban éli át a vele kapcsolatos kórházi történéseket.<sup>6</sup>

Amennyiben ezek a megállapítások helytállóak, akkor fel kell vetnünk azt a kérdést: vajon érdeke-e a szakorvosnak, a gyógyító személyzetnek, hogy a beteg ember a kórházban ilyen állapotba kerüljön, hogy ezt az élethelyzetet élje át akkor, amikor betegsége az élete értelmét is fenyegeti, amikor "létezési krízisben" van? Nyilvánvaló, hogy nem erről van szó, és mégis, az elszemélytelenedés ténye vitathatatlan, sőt a fentebb említett okok alapján eleve adott.

Más összefüggésben ez folyamatként is értelmezhető. Mikor lenne tökéletes vagy elfogadható a beteg ún. kórházi "komfortérzete"? Akkor, ha a beteg kívánságait és hajlamait mindenben figyelembe vennék, ha a beteg teljes információval rendelkezne betegségének okairól, gyógyulásának helyzetképeiről, ha a kezelőorvosával és az ápolószeméllyzettel való kommunikációs lehetőségei nem lennének korlátozottak stb. Ez a jelenlegi viszonyok között nem képzelhető el. Az elszemélytelenedés - folyamatként - akkor következik be, amikor az orvos és az ápolószemélyzet a beteggel való állandó kontaktus megszüntetésére kényszerül, mert az a többi beteggel kapcsolatos tevékenységét zavarja vagy zavarni kezdi.<sup>8</sup> Ugyanez a probléma az általános orvoslás területén is jelentkezik.

Mi az az optimális beteglétszám, ami - ha minden orvost a pszichoszomatikus szemléletmód jellemezne - a fenti negatív forrásokat megszüntethetővé tenné? Egyáltalán: van-e összefüggés - és ha igen, mennyiben - a beteglétszám és az elszemélytelenedés között? Minden bizonnyal van. Kérdés, hogy az ideális beteglétszám megoldandó-e ezt a problémát? Véleményünk szerint nem, amit a továbbiakban - a sok probléma közül - három szempont figyelembe vételével próbálunk bizonyítani.

Az egyik az orvosi autonómia hiánya. Az orvosi tevékenység sokszorosan - és nem csak szakmai közeg által - ellenőrzött. A függőségi viszonyrendszerek az orvostól olyan feladatok ellátását is megkövetelik, amelyek alapján az orvos "hatalma" a beteg, vagy betegségre panaszkozó ember fölött akár állami hatalomként is megjelenhet. Az orvos döntései különböző érdekviszonyokat (munkáltató, biztosítási rendszer, az orvosi réteg, a beteg ember) érintenek, ezektől nem tudja függetleníteni magát anélkül, hogy ne ütközne valamilyen - etikai-lag is megfogalmazható vagy megkérdőjelezhető - akadályba.<sup>9</sup>

Ezeket a nehézségeket a beteg ember is érzi. A hálapénz például éppen ezért - ki nem mondva, vagy tudat alatt - egyszerre több funkciót is teljesít.

A másik az orvoslás három egybekapcsolódó területe, a prevenció, a gyógyítás és a rehabilitáció. Abból kiindulva, hogy a betegség potenciálisan mindig jelen van, az orvoslás döntő feladatává kellene válnia a prevenciónak, amit offenzív szakasznak is nevezhetünk. Ennek sikerességén múlik ugyanis nagyrészt az, hogy a második és harmadik szakaszba kerülő emberek (betegek) száma csökkenjen. Ez az offenzív szakasz azt hivatott szolgálni, hogy az egészséges emberekben kialakítson a betegségekkel szemben egy védekező, vagyis defenzív magatartást, életvitelt stb. Az egészséges emberek - vagy azok jelentős része - azonban nem érzik a veszélyhelyzetet, ezért nem reagálnak kellő módon a prevenció offenzív jellegére, illetve ez a reakció ellentmondásos és következtelen.

Ebben a szakaszban nyilván igazi lehetősége az orvosnak arra, hogy az emberekkel személyes kontaktust teremtsen, megismerje azokat a környezeti, szociális és egyéb viszonyokat, amelyek között - az esetleg leendő páciensci élnek és gyógyulásuk után visszakerülnek. Ebben a szakaszban a szociológia is nagy segítséget tud nyújtani az orvosnak. A helyzet azonban az, hogy az egészségügyi ráfordítások elégtelensége miatt ez a fontos terület szenved el a legsúlyosabb hátrányokat. Az elszemélytelenedés csírájában már ebben a szakaszban jelen van, a későbbiekben pedig kikel és kivirul.

A harmadik az orvosképzés betegségcentrikus jellege. Ez leegyszerűsítve a képzési struktúrában úgy jelenik meg, hogy - bár általános orvosképzés folyik - mindegyik szakág a maga szakorvosát "akarja" kiképezni; a mennyiségileg is nagy speciális szakorvosi ismeretek megkövetelése ugyanakkor nem tehermentesíti sem a leendő szakorvosokat a négyéves ráképzésnél, sem az alapellátás általános orvosait a rájuk váró újszerű és sok vonatkozásban ismeretlen feladatok ellátása terén. Az orvosértelmesítés képzési hiányai nem csökkennek, hanem növekednek, a hivatástudatba nem épülnek be szisztematikusan azok az elemek, amelyek az elszemélytelenedés megszüntetését, vagy csökkentését lennének hivatva szolgálni.

Befejezőként összefoglalnám mondanivalóm, illetve a témával kapcsolatos álláspontom lényegét, hangsúlyozva, hogy a problémakörnek csak néhány területét lehetett itt - az idő rövidsége miatt - felvetni. Nézetem szerint a gyógyító munka elszemélytelenedése a magyar egészségügyi rendszer funkcionális, anyagi és képzésbeli zavarainak természetes következmé-

nye. Ezeket a zavarokat ugyanakkor az egészségügy önmagától és önmagában megoldani nem tudja. Az egészségügynek olyan autonóm hatalmi státuszt kellene biztosítani, amely lehetővé tenné az orvoslás számára a "legfőbb érték az ember" eszméjének tiszta, függőségi viszonyok által nem korlátozott szolgálatát. Ha az embert a legfőbb értékteremtőnek tekintjük, akkor egy pillanatig sem lehet kétséges és vitatható azon okok megszüntetésének szükségessége, amelyek sok tekintetben ma még csupán bíráló megjegyzésekként hangzanak el.

#### JEGYZETEK

- 1 Dr. Császár Gyula: Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina, Budapest, 1980. 21. old.
- 2 Boris Luban-Plozza: A Bálint-munka fejlődése. In: B. Luban-Plozza - H.H. Dickhant (szerk.): A Bálint-csoportok gyakorlati kérdései. Medicina, Budapest, 1986. 13. old.
- 3 Uo.
- 4 Uo. 7. old.
- 5 Losonczy Ágnes: A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Magvető, Budapest, 1986.
- 6 Uo. 95-107. old.
- 7 Dr. Császár Gyula: Id. mű 12. old.
- 8 Gaston Garrone: A pszichiáter hozzájárulása az orvosok pszichológiai képzéséhez. In: B. Luban-Plozza - H.H. Dickhant (szerk.): Id. mű 61. old.
- 9 Losonczy Ágnes: Id. mű 33-34. old.