

Tudásmorzsa 2.

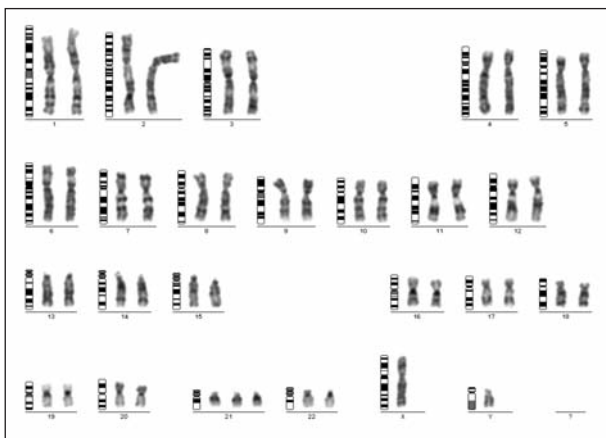
Sorozat dr. Papp Zoltán professzor emlékezéseiből

3. A Down-szindróma megelőzése

A John Langdon Down angol orvos által 1866-ban leírt „mongoloid idiotia”, manapság első leírója után Down-szindrómának nevezett betegség a 21-es kromoszóma triszómiájára (kettő helyett három van, lásd a népi mondást: „valakinek egy kerékkel többje van”) visszavezethető, leggyakoribb szellemi fogyatékoság.

Már az 1960-es évek végén visszatérő kérdés volt a genetikai tanácsadáson, hogy ismétlődhet-e a Down-szindróma, ha egy beteg gyermek már született a családban. Azt, hogy a betegségért a 21-es kromoszóma többlete a felelős, 1959-ben Párizsban fedezték fel, a tudományos bejelentés Lejeune, Turpin és Gautier nevéhez fűződik. Lejeune professzor diagnosztizálta az első szerkezeti kromoszómális rendellenességet is, az 5-ös kromoszóma rövid karjának delécióját (részleges hiányát) a „cri du chat” (macskanyávogásos) gyermekbetegségben.

A felfedezést követő években kiderült, hogy a 21-triszómia az esetek 95%-ában „egyszerű”, míg 5%-ában a szám feletti 21-es kromoszóma valamelyik másik kromoszómához tapad. Így a beteg egyén kromoszómaszáma 46, de kromoszómaállománya 47-nek felel meg. Míg az „egyszerű” triszómia nem öröklődik, mivel az ivarsejtekben véletlenszerűen bekövetkezett osztó-



Down-szindrómás kisfiú kromoszómáinak kiegészített képe, melynek az a jellegzetessége, hogy a 21-es kromoszómából nem kettő, hanem három van



Hadházy Csaba anatómus professzor

dási zavar következménye, a transzlokációs (tehát a másik kromoszómára átkerült) többlet-kromoszómaállományú triszómia örökletes, mert a transzlokáció kiegyensúlyozott formában valamelyik szülőben is megtalálható.

Az amniocentézissel elért eredményeinken felbuzdulva megkerestem Méhes Károly pécsi gyermekgyógyász barátomat, akinek tudtommal volt egy Down-szindrómás betege, aki nem „egyszerű”, hanem „transzlokációs” triszómiás volt, a két G kromoszómája tapadt egymáshoz, ma úgy mondjuk, hogy 21/22-es transzlokációja volt. Ez 1969-ben történt, amikor meg egyeztünk, hogy arra biztatjuk a házaspárt, vállaljanak terhességet, és mi amniocentézis útján nyert magzatvízsejtek kromoszómaanalízisével megállapítjuk, hogy a méhen belüli magzat transzlokációs triszómiás, tehát beteg-e (ennek elméletileg 30%-os esélye volt), vagy egészséges. Egy éven belül a beteg gyermek édesanyja ismét terhes lett, és a 16. héten magzatvízmin-tát vettünk az amnionürből a magzatvízsejtek kromoszómavizsgálatára.

Erre a vizsgálatra másfél évig készültünk. Az 1960-as évek végén ugyanis irodalmi adatot a terhesség végén vett magzatvízsejtek kromoszómavizsgálatára vonatkozóan találtunk, tehát ki kellett dolgoznunk a kromoszómavizsgálat előfeltételét jelentő sejtenyésztes technikáját kora terhességekből nyert mintákban is. Ebben pótolhatatlan segítséget jelentett számomra

Hadházy Csaba anatómusprofesszor, akinek nagy tapasztalata volt sejttenyésztésekben, és aki akkoriban maga is működtetett tenyésztőlaboratóriumot. Nyolc évvel korábban, amikor az Anatómiai Intézetben diákkörös és demonstrátor voltam, ő volt a mentorom, ő diktálta le az első pályamunkám szövegét, miután kiértékelte az állatkísérleteim eredményeit, a nyulak vesetokja alá ültetett devitalizált szövetből képződött porcszövet valódiságát. Az ő nagyvonalú segítsége nélkül a sejttenyésztéseket nem tudtuk volna elvégezni.



A pécsi terhesünktől vett magzatvízsejtek, ha nehezen is, de osztódtak, és a kariotipizálás (az összerendezett kromoszómák értékelése) sajnos transzlokációs triszómiát igazolt. A házaspár kérésére a terhességet megszakítottuk. Ekkor még úgy tudtuk, hogy mi voltunk az elsők a világon, akik magzati korban diagnosztizáltak Down-szindrómát, de jobban átnézve az irodalmat, megtaláltuk az amerikai Carlo Valenti 1968-as közleményét egy D/G transzlokációs Down-szindróma magzati diagnosztikájáról. Európában mindenesetre az elsők voltunk, de nem is ez volt a lényeg (bár a kutatókat mindig hajtja az „elsőség” sikere), hanem az, hogy hogyan lehetne eredményünket gyorsan megjelentetni külföldön. Valenti a leggyorsabban közlő *Lancet* angol folyóiratban publikálta eredményét, mi is beküldtük hát rövid ismertetőnket a szerkesztőségébe (a szokásos hatósági engedélyezések után), de –Valentiék korábbi közlésére hivatkozva – kéziratunkat nem fogadták el, mivel „nem új eredményről” volt szó. (Később végül egy német szülészeti folyóirat közölte le részletesen az eredményünket.)

Kínálkozott a nemzetközi publikálásra a közelgő IV. Humánogenetikai Világkongresszus Párizsban 1971. szeptember 6. és 11. között. Beküldtük összefoglaló absztraktunkat, melyet visszaigazoltak, hogy előadást tarthatunk. Indult a hadjárat az útlevelért, korábban még nem jártam Hegyeshalmon túl, sőt felvetődött, hogy elkísérhetne az orvostanhallgató menyasszonyom is, aki akkor már a feleségem lesz. De ez így nem volt jó a hatóságoknak, fiatal orvos házaspárt annak idején nem engedtek ki nyugatra. Végül is nem kis protekcióval az a kompromisszum született, hogy szeptember

előtt a házasságkötést meg lehet tartani, de a menyasszonyom szeptember elején esedékes orvossá avatásán nem vehet részt, hanem arra csak egy későbbi alkalommal kerülhet sor. Így feleségem szeptember végén a póttavatáson ve-

hette át a diplomáját, viszont kiutazhatott velem szeptember elején Párizsba. Ez az út maradandó emlék számunkra, hiszen egyúttal ez volt a nászutunk is.

A kongresszuson gyenge angolsággal, de azért jól összeállított diavetítés keretében ismertettem eredményünket, és alig fejeztem be mondandómat, maga Jerome Lejeune professzor, a gyermekgyógyász citogenetikus fejezte ki nemtetszését, aminek az volt a lényege, hogy Down-szindróma miatt nem lett volna szabad megszakítanunk a terhességet. Az ülés elnöke, A. G. Bearn professzor kiállt mellettem, úgy-hogy a továbbiakban a jelenlévők nem velem, hanem az előadásomról vitatkoztak. Az azóta eltelt több évtized arról szól, hogy Írország kivételével a világ országaiban a házaspár kérésére engedélyezték az ilyen terhelt terhesség megszakítását. Esetünkben is a házaspár kérésére történt a beavatkozás. Érthető módon nem akartak egy második Down-kóros gyermeket.

Lejeune professzor akkor még hitt benne, hogy meg tudja állítani ezt a folyamatot, amikor azonban nyilvánvalóvá vált számára, hogy a világ másképpen gondolkodik, a bigottan vallásos professzor felhagyott genetikai kutatásaival. Később jó barátságba került II. János Pál pápával, akivel sok megbeszélést folytatott a magzati diagnosztika dilemmáiról, de őt sem tudta rávenni, hogy a Vatikán nagyobb támadást indítson a széles körben elfogadott és elterjedt magzati citogenetikai diagnosztika gyakorlata ellen.

Előadásom idején elég fiatal voltam ahhoz (még nem voltam 30), hogy ne rendítsen meg Lejeune professzor heves ellenvéleménye, különben is meg voltam róla győződve, hogy ilyen kérdésekben csak és kizárólag a házaspárok dönthetnek. Meg kell engedni, hogy valaki genetikai betegség miatt megszakíttassa terhességét, mint ahogy azt is, hogy valaki ilyen esetben a terhesség kiviselése mellett döntsön.

Otthon, Debrecenben sem volt kedvezőbb az eredményeim fogadtatása.

Ars medica – egy eltűnt fogalom nyomában

A régi orvoslásban gyakran került szóba az orvos művészete. Azt fejezték ki ezzel, hogy az orvos tevékenysége több mint foglalkozás, több mint hivatás (vagyis elkötelezettség, etikai tartás), és több mint tudomány (vagyis nagy ismeretanyag, amit valaki jól tud alkalmazni). Valószínűleg az orvos kreativitására, különleges teljesítményére, munkájának tökéletességére és talán esztétikumára utaltak, ez utóbira talán az elegancia, a könnyedség, a meglepetés értelmében.

Amire azt mondjuk, művészi, az valamiféle alkotás, ami magára vonja a figyelmet, ami pozitív érzelmeket vált ki, aminek nyomán az alkotó elismerést érdemel, és tekintélyt szerez előttünk. A művészet mint metafora arra vonatkozik, amit az alkotó meg akar mutatni, aminek révén valami többet is ki akar nyilvánítani, mint amit maga a tett vagy a produkció önmagában jelent. Ami művészet, abban benne van a láthatóság, a vágy a hatásra. A művészetelméletekben régi dilemma, hogy elképzelhető-e a művészet önmagában, dolgozna-e – dolgozhatna-e – művész lakatlan szigeten. Ismerjük pl. József Attila vívódását ezzel a kérdéssel kapcsolatban. Érthető a probléma, a művészet fennköltége, ősidők óta vélelmezett misztikus, transzcendens jellege örök értékeket sejtet, az alkotó szuverén, a tehetség önmagában „kér eget”, tehát elvben lehetne önmagában való jelentősége. Ezzel szemben elismerése, megbecsülése a közönségtől függ, a közönség viszont kiszámíthatatlan, igényei gyakran nem a művészi ideálnak felelnek meg, hanem a korszellemnek, a közhangulatnak, a divatoknak. Az igazi művész jelentőségét gyakran csak az utókor ismeri meg.

A művészet analógiáját szokták alkalmazni mindenféle munkára, teljesítményre, mindenki tűnhet szakmája művészenek, mindenki csinálhat valami olyat, amire azt mondjuk, hogy ez már szinte művészet. De a kifejezőmód többnyire alkalmi és a szemléletességet, a retorikát szolgálja, a művészetek hivatalos körén kívül hétköznapi mesterséghez ritkán kapcsolódik huzamosan a művészet fogalma. Persze ha valakit valami meghatározóan inspirál és ösz-

tönöz, arra mondjuk, hogy múzsa, de az igazi múzsa mégis az alkotóművész lelkében visszhangzik, és a műben, a művek összességében, az „oeuvre”-ben tükröződik.

Miért említik mégis oly gyakran a művészetet együtt az orvoslással?

Erre csak közelítő választ lehet adni. Tulajdonképpen a hasonló kérdéseket módszeresen kellene elemezni. Michael Foucault francia filozófus ajánlott egy módszert, a „tudás régészét”, amely itt alkalmazhatónak látszik. Igaz, hogy ennek távlatait Foucault maga is csak sejtette, és inkább illusztratív módon használta néhány elemzésében. Érdekes, hogy ő is főleg az orvoslással kapcsolatban próbálkozott ezzel a megközelítéssel. Azt vizsgálta, hogyan jött létre a modern orvoslás mint társadalmi intézmény: Hogyan született a klinika, hogyan lett az orvosi munka modern foglalkozás, és az orvosi szemlélet hogyan hatotta át a köztudatot néhány olyan témában, amit a modern társadalom szabályozni akart. Szabályozni, de nem egyszerűen tiltással és büntetéssel, mint ez a régi korokban történt, hanem a közgondolkodás átalakításával. Foucault új fogalmat – governance – talált ki arra, hogyan lehet uralni emberi megnyilvánulásokat a róluk szóló értelmezések elterjesztésével. Ez észrevétlen, rejtett jelenség. A sajátos szellemi uralom szinte „gyarmatosítja” (colonisation) a közfelfogást, sőt a vele kapcsolatos beszédmódot is.

Az orvosi nézőpont – az angol szóhasználat szerint: medical gaze – tudományos igazságnak deklarál valamit, ami korábban hagyomány, erkölcs vagy hatalmi elv volt. E nézőpont elfogadtatása a társadalmi kontrollt függetleníti a közvetlen hatalomgyakorlástól, mert belső szükségletet alakít ki az emberekben, tehát már nem alkalmazkodást igényel. Ez elősegíti az individualizációt, az egyén nagyfokú szabadságát, amelyre a modern (fogyasztói, teljesítményalapú) társadalom épül, és lehetővé teszi, hogy az önérvényesítést (a szerzést, versengést, önmegvalósítást), a Max Weber által felismert „protestáns etikát”, ami a kapitalizmus alapja lett, beépítse a lelkekbe. Az egyén kevesebb költelem között él, megéli döntési, életvezetési sza-

badságát, miközben igazából a „kapitalizmus szelleme” dolgozik benne, motivációs világa sajátosan „kolonizált”.

A rövid életű, üstökösként felbukkanó Foucault legtöbbször abból indult ki elemzéseiben, hogy mit és hogyan tekint a társadalom kórosnak, és mi a normális. A kóros a governance-ot segítő konceptuális újítás a bűnöshöz képest, amely az újkorra már nehezen kezelhető lett a régi önkényes büntetések (pallosjog, deres, pellegér stb.) eltűnésével, az igazságszolgáltatás formalizálódásával, de mindenekelőtt a büntetőintézmények nagy költségei miatt. A betegség fogalmának kiterjesztése vette át a bűnök jelentős részét. Ennek meghatározására bizonyult alkalmasnak az orvostudomány, és így felértékelődött az orvos szerepe.

Amikor ez az „újítás” kialakult, távlatai még nem voltak szembeütőek. A kor még csak éppen kezdte megismerni az idült kórképeket, az orvos többnyire heveny betegségekkel foglalkozott a nagy halandóság miatt, a közösség még maga el tudta dönteni, ki a fogyatékos vagy a reménytelenül senyvedő, akit emberségesen el kell látni önfeláldozó apácák révén. De a modern börtönügy már igényt tartott az orvos véleményére, és egy sor társadalmi területen fontos lett, kit érdemes büntetni, kit kellene az ispotályhoz, a menhelyhez hasonlóan elkülöníteni, vagy kivel lehet próbálkozni az orvosi, gyógyító befolyás alkalmazásával. Foucault sokat foglalkozott a szexualitás szabályozásának kultúrtörténetével. A patológiás nemiség fogalmait orvosok alakították ki, orvosok, még csak nem is pszichiáterek, hiszen ez a specialitás a 19. század terméke, vitték be a köztudatba az onánia ártalmainak tételeit, ők alkottak képet – részben az önkielégítés fogalmkörében – az „egészséges” női nemiségről, és azután a pszichiátria keretében már egyre bonyolódó elméletanyag és mind összetettebb intézményes gyakorlat keretében szóltak bele az orvosok abba, mi a normális viselkedés, öneszmélés, beszédmód, és mit kell „gyógyítani”. A 19. században az „újítás” vonalában pl. a neurózis fogalmának létrejött a „kóros”, a „betegséget” a lakosság jelentős rétegére kiterjesztette.

Egyidejűleg az orvosok definíciós hatalma más területeken is nőtt, ők szabták meg az alkalmasságot, egyes betegségek kezelése vagy lehetséges megelőzése szempontjából az egyén

jogait és kötelességeit stb. Foucault szerint ezek is a társadalmi rend rejtett uralmi biztosítékai. Így alakult ki a mai helyzet, amelyet sok társadalomkritikus, pl. Ivan Illich túlzásnak tart, mondván, napjainkban „medikokrácia” (vagy más szóval „tanatokrácia”) van, az orvosok hatalma túl nagy a hétköznapi életben. Sokan az egészséges életmód kérdéskörét is egyféle kolonizációnak élik meg, hiszen ez is erősen megszabja az emberek viselkedését és gondolkodását, miközben különféle – pl. gazdasági – érdekek bújnak meg mögötte. Részben ez ellen is lázad a „New Age”-lelkület, az alternatív vagy természetgyógyászat, mivel miután a modern ember elfogadta és nagy bizalommal vette körül a tudományos medicinát, mind több csalódást él meg (ez külön nagy és fontos téma, amit most nincs lehetőség tárgyalni).

Látható, hogy Foucault fontos dolgokat újszerűen magyaráz, éppen ezért ez a „foucault-i perspektíva” ma nagyon népszerű a társadalomtudományokban. Egyes problémákban olyan benyomásokat kelt, mint a kirakós játékokban az alapmintázat vagy egy képrész megsejtése, utána már könnyebb elhelyezni a kis kockákat, mozaikokat. A „puzzle” azonban az orvoslás és a társadalom bonyolult és folyamatosan, gyorsan változó viszonylatában nagyon összetett, és még kevesen próbálkoztak a részletes „kirakásával”. Foucault maga is egyfajta művész volt: megjelent könyveinek téziseit se dolgozta ki részletesen, ma divatos gondolatai élete utolsó éveiből származnak, amikor a Collège de France speciális ösztöndíja révén szabadon kutathatott. Évente háromszor pár napos szemináriumot kellett csak tartania. E szemináriumok hanganyagát csak most kezdik feldolgozni, egy részük angol fordításban jelent meg először az angolszász országokban már kialakulóban lévő irányzata számára, a kilencvenes évek végétől kezdve. A szövegek nagyon elvontak, csapongók, interpretációra, illetve „exegetációra” szorulnak, a tanítványok sokféle jelentést vetítenek beléjük.

Módszere az „ars medica” szempontjából azt írta elő, hogy tanulmányozni kellene, hogy a különböző korszakokban (és kulturális területeken) hogy jelent meg a fogalom, hogy volt használatos. Ma sok kutatási technika van erre, pl. az ún. diskurzív elemzés, amelyben egy-egy jelenséget a közbeszédben gyakori, tipikus előfordulásaiban vizsgálunk, a metaforaelem-

zés, a kvantitatív szemantika stb. A diskurzív elemzésben pl. meg kellene nézni, hogyan beszélnek az orvoslás művészetéről az irodalomban (pl. Thomas Mann regényeiben vagy a nagy francia családregényekben), vagy hogyan kerül elő a kérdés az orvoslás kordokumentumaiban (gondoljunk csak arra, hogy pl. Semmelweis ügyeiben mennyi jegyzőkönyv és más anyag létezik, ezek esetleg orvostörténeti tények megállapításához nem elegendők, de jellegzetes attitűdöket tükrözhetnek, ezért diskurzív elemzésre alkalmasak lehetnek). A metaforaelemzésben pl. az orvosi munkával kapcsolatos igék vagy hasonlatok mélyén lévő rejtett jelentési modelleket lehet feltárni. A kvantitatív szemantikában pedig utalások és átvitt értelmű kifejezések előfordulása kereshető (ahogyan ezt most pl. a terrorizmus elleni harcban az elektronikus kommunikáció ellenőrzésében speciális programok teszik).

Igazán elmélyült vizsgálat helyett, csak illusztrációként („foucault-san”) meg lehet említeni, hogy a tapasztalatgyűjtés, tehát a „tudomány” az orvoslás fejlődésének alapvonala, már az egyiptomi orvoslásban is erőteljesen megjelenik, de itt még nem markáns a másik vonal, a hivatás, a professzió, ami majd a görög-római orvoslásra lesz erősen jellemző. A hivatásban már szakrális elem bukkan fel, a felkentség, a beavatási rítusok, a testületiség (kollegialitás) mozzanataival. Ez fontos a beteg és a környezete bizalma miatt, de mágikus hatásokat is közvetít (amelyek az egyszerűbb kultúrákban varázslók, sámánok gyógyító tevékenységében öltönek testet). A görög-római orvoslás már előírásokat fogalmaz meg az orvosi viselkedésben, amelyek a lelki hatás miatt fontosak. Az orvos elsősorban lelki szempontból van jelen a szenvedő és a haldokló mellett. Megnyugtat, vigasztal. Régi francia orvosi mondás: *Quelque fois guérir, soulager souvent, consoler toujours*, vagyis néha gyógyítani, gyakran enyhíteni (a bajt), de mindig vigasztalni. A középkor orvoslásában a megjelenés, az öltözködés és a viselkedés fontos szerepet kapott, erősen papos volt. A rangos vagy gazdag betegek esetében az orvosi konzílium mindig elsősorban valamilyen rítus, celebráció volt. A latin nyelv használata ilyenkor a beavatottságot jelképezte az élet és halál kérdéseiben.

Az újkorban fejlődésnek indult az orvostudomány; a boncolás lehetőségének intézmé-

nyesülése, az anatómia kiteljesedése után megszületett a klinika (mint ezt Foucault ismert könyve tárgyalja), felértékelődött a laboratórium, majd megjelent a hatósági orvoslás (ugyancsak Foucault írta le, hogyan telepítették le Franciaországban a napóleoni háborúk után a sok katonai sebeszt, illetve orvost, és adtak nekik részben közegészségügyi feladatokat), de az orvoslást a gyakorlatban, vagyis a beteggel és a hozzátartozókkal való találkozásban még a rítusok jellemezték. A feltétlen engedelmesség igénye (a ma gyakran hajmeresztőnek látszó beavatkozásokat is zokszó nélkül vették a betegek), a megfellebbezhetetlen modor, a sok tanács, vizsgálat dramaturgiája stb. mind a lélektani helyzet egyfajta megoldását célozta. Májig is használatosak e kor szimbólumai, a fehér köpeny, a sztetoszkóp, majd a reflexkalapács, az orvosi táskák stb. A papos, autokratikus kommunikációs stílus ma is követelmény az idősebb nemzedékhez tartozó páciensek számára ahhoz, hogy az orvosnak tekintélye legyen, hogy bizalmat keltsen, holott ma már az igazi diagnózis és ellátás szigorú természettudományos alapokon nyugszik, protokollokra épül, és valódi biokémiai, biológiai hatásokat indít el.

Az újkorra a medicina szabad foglalkozás lett, az orvosok között vetélkedés alakult ki, fontossá vált a hírnév, és ez a társadalomban (a betegekben) nemcsak a nagyobb tudást fejezte ki, hanem a képességek többletét is, és ezzel a sikeres gyógyítás nagyobb esélyét ígérte. A hírneves orvos általában karizmatikus orvos is volt, tehát valamilyen mágust láttak benne, vagy természetfeletti tudás hordozójának tűnt, *talentum* volt. Erre értelemszerűen rá kellett játszani az orvosi viselkedéssel, aminek nyomait a mai orvoslásban is látjuk. Sőt, az alternatív medicinában éppen ezt a momentumot „orozzák el” eredményesen az orvostól. Az új gyógyítók a „látványelemet” jelenítik meg olyan módon, ahogyan az már az orvoslásból kiveszőben van. „Aurát” keltenek maguk körül, ami megragadja a pácienseket. A sámán megérzi a valóságot, a látó ember vesszővel megmondja az ártó földenergia csomópontjait, a hagyományos gyógyító különleges kultúrák évezredek tudását ismeri és használja fel, ebben a világban természetes a szellemekkel való kapcsolat, rontásokat űznek el, stb., és ebben a magasan képzett, modern emberek is hisznek. Eb-

ből felsejlik, milyen eszközök teheték a régi idők keveset tudó orvosait mégis hatékonnyá.

A „varázsláshoz” általában szükség van a hivatalos tudománytól, a vaskalapos medicinától való elhatárolódásra, kell az „ellenségkép”, hiszen a rivális gyógymódokban a tudományos orvos mindig beszűkült, előítéletes, alapjában tudatlan, sőt lelkiismeretlen. Ezt természetesen ritkán mondják ki, de sokféle módon implikálják, sejtetik, és ezzel különösen hatni tudnak azokra, akik a modern medicinában valamiért csalódtak, pl. mert nem gyógyultak meg könnyen és gyorsan. Az alternatív orvoslásban a beteg megkapja az arkánomot, részese lesz a titoknak, hinni kezd a módszerben, maga is a beavatottak közösségéhez tartozik, és ezzel utat nyit a mágikus hatásoknak.

A kilencvenes évek elején pl. a hatóságok felléptek egy „szentelt vizet”, speciálisan kezelt (valójában közönséges) vizet árusító csoport ellen, betiltották tevékenységét, de a csalók nem hagyták abba a szer terjesztését. A televízió bemutatta, hogyan árusítják az üvegcséket a sorban álló betegeknek azzal a nyilatkozattal és felirattal, hogy közönséges vízről van szó (mint ahogy volt is). Jól lehetett látni a felvételeken a sorban állók arcán az összekacsintást, az elégedettséget, hogy ők most milyen jól túljártak az orvosi hivatalosság eszén.

Az ilyen jelenségek mélyén az rejlik, hogy a modern embernek is szüksége van a hitre. A hitre a csodában. A mágikus gyógyulásra. A karizmatikus találkozásra a gyógyítóval, aki hozzájuttatja őt a csodához. A viselkedési jellegzetességek, a szuggesztív kommunikáció, az utalások a titokra és a beavatottak közösségére stb. kellene a bizalom felfokozására, ennek révén a hitre a csodában, a mágikus reménykedésre. Pontosabban szólva nagyon sok embernek van erre szüksége, vagy talán mindenkinek valamilyen élethelyzetben és valamilyen módon (erről még nem tudunk eleget). Úgy látszik, a modern orvoslásból ez az irracionális, hitadó hatás veszett ki, illetve ez alakult át benne. A mai egészségügyi ellátás gyakori személytelensége, a teammunka, a hivatali környezet ezt a mágikus hatást gyengíti a betegekben (gyakran a hozzátartozókban még inkább, akik a biohiedelmek, az egészséges életmód profétái), és emiatt keresik az erős dramaturgiával bíró új gyógymódokat és közösségeiket. Virtuális közösség pl. a „New Age”

közössége, ahol előítélet, ha nem hiszünk automatikusan a transzcendensben, a spirituális gyógyításban, a mágikus erők működésében.

Kiveszett valami, de át is alakult, mert amilyen rohamosan terjed a bizalmatlanság a tudományos orvoslással szemben, és fogadják be a legképtelenebb hiedelmeket és gyógymódokat, olyan erős a modern ember placeboérzékenysége, ami viszont mégis a természettudományos medicina sajátos kulturális terméke. Itt már visszaköszön az elmúlt két évszázad hatása, az akadémikus orvoslás által „kolonizált” viszony az egészséghez és a testhez. A mai emberbe mélyen, minden szkepticizmusa ellenére kiirthatatlanul beleivódott a bizalom az ősi mágia modern, természettudományos hordozóiban, a tablettában, az injekcióban vagy a manuális kezelésben. E hit fonákja a ma egyre többet vizsgált nocebojelenség, amely ugyanúgy független a tényleges hatástól, mint a placebo, viszont kitérően tükrözi a bizalmatlanságot, a hit elvesztését. Óriási kutatási téma, hogy milyen erők működnek ilyenkor, biztosan fontos faktor az orvos kommunikatív viselkedésének elégtelensége vagy hibája, de a hatások összetettek, láncolatosságúak, folyamatszerűek, a betegek beállítódásának kialakulása gyakran csak áttételesen kapcsolódik az orvos viselkedéséhez. Ha a modern medicina kicsit kijózanodik, és a lélektan felé fordul, nem csak a jelenségek agyi képzőanyagokban való tükröződésére figyel, nagyon meglepő ismeretek fognak kiderülni e téren. Valószínűleg az orvosi szerepviselkedés, a rituális kommunikáció a beteg egyéni lelki igényeihez alkalmazkodó módon nem nélkülözhető a legracionálisabb orvosi tevékenységből sem a beteg megnyugvása, együttműködése szempontjából. Ismernünk kellene a „metafarmakogén” hatáselemeket, a placeboeffektusok világát.

Ha visszatérünk kiinduló témánkhoz, valószínűsíthető, hogy az orvoslásnak ma is van művészete. A legjobban képzett orvos sem mindig tudja biztosítani a bizalmat és a hitet a betegekben. Nem tud megfelelő kapcsolatot teremteni, nem tud kommunikálni velük úgy, hogy megnyerje őket. Pl. mert nem tud eléggé figyelni rájuk, nem tud elég időt szánni a beszélgetésre velük. Ha kell, nem ismeri fel a „cirkuszt” szükségességét. Nem tudja megfelelően kommunikációba és professzionális kapcsolatba „csomagolni” a terápiás biológiai anyagot, beavatkozást.

Természettudományos akadémikus meséli pozitív élményét itt praktizáló (természetesen híres) külföldi orvosnál megélt íriszdiagnosztikai kezeléséről. Lenyűgözte, hogy milyen alaposan vizsgálták (először az egyik szemét, aztán a másikat). Az orvos tört magyarsággal hangosan gondolkodott. A baj valahol az altestben, bal oldalon van. Persze, villant be a páciensnek, ahol a sérvem operálták, amelyik lábammal is annyi bajom volt. Ekkor már teljes a bizalma. Örömmel vette a felírt természetgyógyászati szereket, az egész procedúra a szokványos orvosi ellátások sokszorosába került. Kis idő múlva kiderült, panaszai nem változtak. Ám ezt nem élte meg olyan kudarcnak, mint a szokványos kezelések eredménytelenségét. A különleges eljárás megkeresését eleve azzal indokolta, hogy ő nem fog várakozni a rendelőben (magánrendeléseken is hosszan megvárakoztatták), és amúgy is tudja, hogy csak küldözgetik, pl. laboratóriumba. Miért nem lehet előre tisztázni, hogy kérjen rutinvizsgálatokat és eredményüket vigye magával? Az íriszgyógyász percre fogadta, az alapos vizsgálat tisztázott mindent...

Orvostól orvoshoz járó egyszerű ember, szomatizáló neurotikus elmondása szerint egyetlen orvostól kapott vigaszt, egy ideig hasznos kezelést. Az idős orvos sokáig tűnődött, hogy az ő baját miért nem találták meg eddig, szakkönyveket vett le a polcról, végül rábukkant a diagnózisra, és mondta: magának morbus sárkója (Charcot) van. Ezeken az eseteken lehet nevetni. De lehet, hogy egyfajta orvosi művészet, ha valaki felismeri, megérzi, hogy a konkrét találkozáson hogyan kell az adott beteggel foglalkozni, mit kell neki mondani, különösen akkor, ha ezzel megnyugvást, kivált viselkedésváltozást tud előidézni. Ehhez kell odafigyelés, empátia. A hatóelem lehet teatralitás, sajátos közlés, lehet alapos tudományos megbeszélés, felvilágosítás, konstruktív vita és meggyőzés. Ma pl. hatalmas kutatási anyag áll rendelkezésre a szuggesztív kommunikációról, illetve a „gyógyító metaforákról”, a megfelelő szimbolikus közlési formákról. Ezek ma a medicinában szinte teljesen ismeretlenek, nemhogy használatosak lennének, illetve használatosak, de tapasztalatból eredően, sablonszerűen vagy random módon, ritkábban a „művészet” megnyilvánulásaként, mint félresikerülten, nocebokeltő effektussal.

Mi tehát az ars medica napjainkban? Valószínűleg differenciált viselkedési és kommunikációs képesség az orvoslás adott keretei közt. Adott: vagyis a mai munkakörülményeknek és a szakágazatnak megfelelő viszonyok között. Ha a modern orvos kialakulását „tudásarcheológiailag” nézzük, meglepő, hogy a premodern orvos általában demonstratív módon dolgozott. Nem kötötte az orvosi titoktartás, a beteget sem érdekelte, az orvosi munka gyakran a többi beteg előtt folyt, és a beteg szabadon elmesélte tapasztalatait. Tudunk nyilvános betegbemutatókról, műtétekről is. A híres orvosok klinikáira zarándokoltak a fiatal szakemberek, pl. az említett Charcot-hoz, akinek híres hipnóziskísérleteit Axel Munthe vagy Freud is megfigyelte. Freud ugyanis elment más hipnózisiskolákba is, ahol bemutatták az ott divatos módszereket. Az esetbemutatók napirenden voltak. Az ötvenes-hatvanas években még a magyar orvosképzésben is mindennapos volt a tantermi betegbemutató. Ezek – rangrejtve és implicit módon – az orvosi kommunikáció modellhelyzetei, gyakran imprintinget keltő eseményei voltak. Ma is mindennapos a vizit a kórházakban, ez az orvoslás rutinszerű, átgondolatlan és – szakrális jellege miatt – megkérdőjelezhetetlen, felülvizsgálhatatlan színjátéka. Színtiszta kommunikáció, nagyon sok rejtett és kiszámíthatatlan hatáselemmel. Többnyire igazi „cirkusz”, bármennyire ésszerű is a lényege. Ha belegondolunk, nincs jobb példája ennél az orvosi gyakorlat konzervatívizmusának. Töménten adat van rá, hogy a „körmenet”, a mesterkelt párbeszéd a beteg feje felett, az unatkozó „slepp” tagjainak (gyakran Bosch képeire emlékeztető) arckifejezése általában kimeríthetetlen noceboforrás.

Az emberi viszonylatokban a hatékony kommunikáció legtöbbször multiplikatív jellegű, vagyis társas helyzetekben visszapattanó, egymást erősítő vagy gyengítő tényezőkből áll. A vizit jellegzetesen ilyen helyzet. Ezt kellene kutatni, hiszen ez minden osztályos helyzetben jelen van. Járóbeteg-ellátásban az orvos-beteg relációt a fogadó tér, a váró, a többi rendelő személyzetének sürgése, majd a vizsgálatban az orvos-asszisztens interakció módosítja, a rendelő sokféle ikonikus dísz, felirata, plakátja, a beérkező telefonok párbeszédeinek tartalma stb. Ma ritka a betegdemonstráció, de a teamben történő ellátás főbb eseményeinek híre

megy. A magánrendelő zártóságában történő ellátás is hírt kelt, a beteg vagy a hozzátartozók által megélt és leszűrt változatban. Kiszámíthatatlan világ ez, amelyben a tapasztalt, a gyógyításra figyelő, hitelesen viselkedni tudó, empátiás orvos szinte művésze lehet szakmájának, kivált, ha mellékesen jól is ért hozzá (ad notam: a sebész olyan belgyógyász, aki operálni is tud...).

Persze az orvos tényleges szakmaiságában is lehet sok olyan elem, amely megérdemli a művészet hasonlatát. Művészetnek mondjuk, ha érvényesül a kreativitása, kreativitás pedig ma is lehet a diagnózisban és a terápiás megoldásokban is, ismeretes a jó sebészek demonstrábilis könnyedsége, ügyessége. Művészi lehet a váratlan szövődmények ötletes átlátása és megoldása, eleganciája. Sokszor leírták, hogy az összeszokott sebészeti csapatokban gyakran társalognak, élcelődnek a legnehezebb műtétek során is, ezt Erving Goffman szereptávolításnak nevezi, az a tudattalan funkciója, hogy a helyzet feletti uralom biztonságát, a műveleteket végző könnyedségét vagy eleganciáját fejezze ki, vagyis az „ars medici”-t tükrözze. Valamilyen ellátási helyzetben néha művészi lehet a munka megszervezése. Gyakori, hogy a megszokottság hagyományozott, de nem optimális viszonyokat, munkamódokat tart fenn, ezek ötletes átalakítása is szinte művészinak mondható. Művészi módon lehet motiválni munkatársakat, és akkor a jó vezető hatékonysága észrevétlenül is megsokszorozódhat. A fiatal munkatárs ösztönzése művészet, szelíd visszafogása és korrekciója még inkább, a fogalom átvitt értelmében.

Az orvosi munka ma nagyon nehéz, paradox módon sokkal nehezebb, mint amikor még kevés eszköz állt rendelkezésünkre. A mai ember szkeptikus, miközben vakhitre is kapható, ezért az orvoslásban gyakoriak a konfliktusok. Az orvosi munka stressztartalma különlegesen nagy, ez az orvosok testi és lelki egészségét erősen veszélyezteti. A vízithez hasonlóan a tudomány „szent tehén” az orvoslásban. Mindenki tudja, hogy lehetetlen a jó gyógyító munkával

együtt végezni, megfelelő szinten, hacsak nincsenek meg a megfelelő feltételei (pl. jó team, jó klinika, arányos terhelés stb.). Rengeteg őrlődés keletkezik a feloldhatatlan ellentmondásból. Még az is mondhatjuk, „művész” az, aki pályáján, életében itt tartós egyensúlyt teremt.

Érdeemes lenne tehát az ars medica kihunyó metaforáját feléleszteni, és elemezni, hogy a medicinában hol a művészet mostanában. Mit kellene felülvizsgálni, változtatni. Lehet-e a gályapadból laboratóriumot csinálni? Alakulhat-e értelmes, önkritikus párbeszéd orvosok között a mindennapi gondokról, nehézségekről, amelyek viselkedési, kommunikációs ügyetlenségeinkből, hibáinkból fakadnak? Egyáltalán, csak biológia lehet az orvoslásban érvényesülő tudomány, vagy lehet pszichológia is? Meggártana-e az orvosoknak, ha nagy mintás, randomizált kontrollált kutatások helyett a kvalitatív vizsgálódásokkal (a kínálkozó tapasztalatok diszciplinált, konszenzuális gyűjtése és elemzése, a tiszta fogalomhasználat, a megfelelő általánosítás stb.) is próbálkoznánk?

Messze vezető, de aktuális kérdések ezek.

Latinul bezárt, azaz titok a misztériumkultuszok tartalma, a be nem avatott számára minden, ami megközelíthetetlen (arkandiszciplína). Az alkímiában az Arcanum jelenti a titkos preparátumot, az elixírt, a bölcsek követét. A Zedler Egyetemes Lexikonban (1732) ez áll: „Mostan az arcanumok oly közönségesek, hogy minden fuseráló, különösen akinek arcanuma van, ditsökszik véle: sőt mindenki osztogathatná is az orvosságait arcanum gyanánt, csak az ingredientát és a modum praeparandit kell el titkolnia?” – Zedler korában vitára adott alkalmat az afféle kérdés, hogy méltó-e a keresztény orvoshoz, ha titokban tartja gyógyszerét, és oda lyukadtak ki a válasszal, hogy a titoktartás csak akkor volna helyénvaló, ha megelőznék vele a tudatlanok visszaéléseit (Biedermann, Hans: *A mágikus művészetek zseblexikona*. Kentaur Könyvek, Budapest, 1989).

DR. BUDA BÉLA

Óvakodj az orvosi könyvektől, belehalhatsz egy nyomdahibába.

(Mark Twain)